

# Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren

*- en empirisk studie av strategier for samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper*

Vibeke Nyhus



Masteroppgave i pedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet  
Pedagogisk forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2012

© Vibeke Nyhus

2012

Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren – en empirisk studie av strategier for samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper

Vibeke Nyhus

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

II

## SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

**TITTEL:**

**Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren**

*– en empirisk studie av strategier for samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper*

**AV:**

Vibeke Nyhus

**EKSAMEN:**

Masteroppgave i pedagogikk

Studieretning: Kunnskap, utdanning og læring

**SEMESTER:**

Vår 2012

**STIKKORD:**

Tverrprofesjonelt samarbeid, helsesektoren, kunnskapsdeling, kunnskapsbarrierer

# Sammendrag

## Tema og problemstilling

Helsesektoren preges av å være under høyt press (Lingard m. fl. 2004). Et intenst og kontinuerlig press mot helsesektoren og deres kunnskap har vokst frem som en naturlig konsekvens av deres ansvarlighet i henhold til å pleie pasienter (Adler m. fl. 2007 og Lewin og Reeves 2011). Høye krav til tverrfaglig kunnskapsutvikling har derfor vokst frem (ibid). Samarbeid er en kritisk faktor for å oppnå helsesektorens felles mål som er å behandle pasientene (Lingard m. fl. 2004). På bakgrunn av noen av de store utfordringene helsesektoren står ovenfor i dag er derfor målet med denne oppgaven å få et innblikk i hva som skal til for å bedre tverrprofesjonelle samarbeid. Mye forskning har belyst hvilke barrierer som generelt eksisterer i samarbeid mellom ulike fagdisipliner, men derimot lite forskning har vist strategiske tiltak for å skape godt tverrprofesjonelt samarbeid. Derfor er hensikten med denne oppgaven å forstå hvordan profesjonsutøvere jobber for å overkomme slike kunnskapsbarrierer. Gjennom en empirisk undersøkelse av hvilke faktorer som skal til for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid der barrierer tradisjonelt har regjert vil denne oppgaven forsøke å belyse dette temaet. Empiri som er innhentet blir analysert i lys av de teoretiske perspektivene til Ann Edwards (2010) og Paul R. Carlile (2004). Paul R. Carlile presenterer i sin teori tre kunnskapsgrenser som er aktuelle i samarbeid mellom ulike fagdisipliner, mens Ann Edwards i sin teori er opptatt av en spesiell kapasitet og egenskaper som er nødvendige for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid. Disse teoretiske rammeverkene bidrar derfor med en forståelse for kunnskap i samhandling mellom deltakere i tverrprofesjonelle samarbeid.

### Problemstilling:

*Hvilke strategier brukes for å overkomme kunnskapsbarrierer i samarbeid på tvers av profesjoner?*

Forsknings spørsmål 1:

*Hvilke strategier beskriver profesjonsutøverne i helsesektoren at de benytter seg av for å overkomme forskjellige typer kunnskapsbarrierer?*

Forsknings spørsmål 2:

*På hvilke måter benytter profesjonsutøverne seg av 'relasjonell kapasitet' i tverrprofesjonelt samarbeid?*

## **Metode**

For å belyse oppgavens problemstilling ble det innhentet data fra en enhet som på en god måte evner å jobbe tverrprofesjonelt. Studiens empiriske grunnlag baserer seg på dybdeintervjuer med tre profesjonsutøvere i helsesektoren. Basert på et strategisk utvalg består informantene av henholdsvis overlege, spesialsykepleier og en sosionom som alle tilhører samme enhet.

## **Resultater/konklusjon**

Sett i lys av de teoretiske perspektivene til Edwards (2010) og Carlile (2004) er flere ulike strategier som er med på overkomme kunnskapsbarrierer og støtte opp under et godt tverrprofesjonelt samarbeid identifisert. Disse vil videre bli oppsummert.

Til å begynne med er en viktig strategi for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid at profesjonsutøverne har en felles interesse og et ønske om å behandle pasientene på en best mulig måte på bakgrunn av den kunnskapen som de ulike deltakerne i samarbeidet bidrar med. En felles forståelse av meningen og hensikten med det tverrprofesjonelle samarbeidet er også en viktig faktor for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Videre er en viktig strategi å identifisere den ulikheten som eksisterer mellom profesjonsutøvere i et samarbeid. Dette er viktig for at profesjonsutøverne kan utvikle ulike språklige strategier i kommunikasjonene mellom ulike profesjonsutøvere.

Å skape felles arenaer for kunnskapsdeling der de ulike profesjonsutøverne sine perspektiver og kunnskap kan løftes frem er også en viktig strategi for å bedre det tverrprofesjonelle samarbeidet. Faglige diskusjoner og samtaler er et av flere viktige verktøy for å få frem disse perspektivene.

For å bedre tverrprofesjonelle samarbeid er det viktig at de ulike perspektivene, kunnskapen og tolkningen til deltakere i et samarbeid kommer frem. Derfor er en viktig strategi at profesjonsutøverne argumenterer for sin forståelse av pasientene basert på den profesjonskunnskapen de har. Like viktig er det også å sette seg inn i og gjøre seg kjent med hva som er de andre profesjonsutøverne i samarbeidet sin kunnskap, forståelse og bidrag. Ved at profesjonsutøverne både tydeliggjør sine egne perspektiver og setter seg inn i hva som er de andre i samarbeidet sine bidrag skaper en tydelig rolle og forventningsavklaring som igjen er med på å gjøre profesjonsutøverne i stand til å trekke på hverandres styrker og ekspertise der den er nødvendig i behandlingen av pasientene. Å trekke på hverandres styrker der de ulike profesjonsutøverne er faglige sterke er et viktig bidrag for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid.

Videre er også en viktig strategi for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid at profesjonsutøverne utviser en ydmykhet og forståelse for at andre deltakere i samarbeidet sin forståelse, tolkning og kunnskap i samarbeidet er nødvendig for å gi pasientene en god behandling. I tilknytning til dette er også en respekt og anerkjennelse mellom profesjonsutøverne og deres kunnskap også en viktig faktor for å kunne trekke på hverandres styrker og bidrag.

Ovenfor har strategier som støtter opp under tverrprofesjonelt samarbeid som kommer frem i lys av det teoretiske perspektivet til Carlile (2004) og Edwards (2010) blitt presentert. Utover dette har også datamaterialet vist at organisering og fysisk struktur er en annen viktig strategi å inkludere for å støtte opp under kunnskapsdeling og samarbeid.

## Forord

Når jeg nå leverer min masteroppgave i pedagogikk er det med stor glede over å ha gjennomført en utdanning innenfor et fagområde jeg virkelig brenner for. Denne oppgaven har gitt meg mulighet til å få dypere innsikt i et tema jeg har vært opptatt av underveis i min pedagogiske utdanning. Hvordan kunnskapsdeling og samarbeid kan bidra til å utnytte den viktigste ressursen vi har i dagens arbeids- og organisasjonsliv, nemlig kunnskap. Arbeidet med denne oppgaven har til tider vært utfordrende, men mest av alt en spennende og lærerik opplevelse.

Etter mange år på skolebenken med studier av teori og andres forskning ser jeg på det som et privilegium å ha fått mulighet til selv å komme tett på profesjonsutøvere i deres daglige arbeid. Jeg er derfor takknemlig for at informantene og det aktuelle sykehuset tok meg i mot med åpne armer og delte sine erfaringer, tanker og refleksjoner om tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren. Dette har gitt meg innsikt i en virkelighetsnær opplevelse av det å være profesjonsutøver i tverrprofesjonelle samarbeid. Jeg vil videre rette en stor takk til mine to veiledere Hege Yvonne Hermansen og Karen Jensen. Takk for det sterke engasjementet dere har vist for oppgavens tema, gode faglige tilbakemeldinger og støtte underveis i prosessen, både i helger, sene kvelder og gjennom lange samtaler på Skype. Dette har vært en viktig støtte underveis i prosessen. Takk til min venninne Kathrine Gilbert og min svigerfar Bjarne Foss for korrekturlesing.

Til slutt fortjener min kjære samboer William en stor takk for å ha fulgt meg gjennom denne prosessen. Takk for gode faglige innspill og den uvurderlige støtten du har gitt meg underveis i arbeidet.

London, Mai 2012

Vibeke Nyhus





<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	AKTUALISERING .....	1
1.2	OPPGAVENS STRUKTUR.....	4
<b>2</b>	<b>TIDLIGERE FORSKNING .....</b>	<b>5</b>
2.1	TVERRPROFESJONELT SAMARBEID I HELSESEKTOREN .....	5
2.2	BARRIERER I TVERRPROFESJONELT SAMARBEID .....	7
2.3	STRATEGIER FOR Å OPPNÅ ET VELLYKKET SAMARBEID PÅ TVERS AV PROFESJONER .....	11
<b>3</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ TVERRFAGLIG SAMARBEID.....</b>	<b>12</b>
3.1	KUNNSKAP I PROFESJONENE .....	12
3.2	KUNNSKAP SOM ET SOSIALT FENOMEN.....	14
3.3	DEFINISJONSAVKLARING.....	15
3.4	KUNNSKAPSBARRIERER I TVERRPROFESJONELT SAMARBEID.....	15
3.5	FRA BARRIERER TIL STRATEGIER I TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	18
3.6	Å VÆRE EN 'RELATIONAL PRACTITIONER' .....	19
3.7	ANALYSEBEGREPER .....	22
3.7.1	<i>Tre kunnskapsgrenser.....</i>	22
3.7.2	<i>'Relational practioner'.....</i>	23
<b>4</b>	<b>METODE .....</b>	<b>23</b>
4.1	VALG AV METODE.....	23
4.2	KVALITETSVURDERING .....	26
4.2.1	<i>Utvalg .....</i>	26
4.2.2	<i>Intervjuguide.....</i>	28
4.2.3	<i>Gjennomføring av intervjuene.....</i>	30
4.2.4	<i>Begrensninger ved denne metoden .....</i>	33
4.3	EMPIRISK KONTEKST .....	33
4.4	DATABEHANDLING OG ANALYSESTRATEGI.....	34
<b>5</b>	<b>ANALYSE .....</b>	<b>36</b>
5.1	STRATEGIER FOR Å OVERKOMME KUNNSKAPSGRENSER.....	36
5.1.1	<i>Syntaktiske kunnskapsgrenser.....</i>	36
5.1.2	<i>Semantiske kunnskapsgrenser .....</i>	39
5.1.3	<i>Pragmatiske kunnskapsgrenser .....</i>	43
5.1.4	<i>Oppsummering.....</i>	47
5.2	STRATEGIER FOR Å VÆRE EN 'RELATIONAL PRACTITIONER' .....	48
5.2.1	<i>Anerkjennelse og forståelse for hva som er de ulike profesjonsutøvernes bidrag.....</i>	49
5.2.2	<i>Synliggjøre og ta standpunkt basert på egen profesjonskunnskap .....</i>	53
5.2.3	<i>Målet med å være en 'relational practioner': å skape en utvidet respons på behandlingen av pasientene .....</i>	55
5.2.4	<i>Oppsummering .....</i>	57
<b>6</b>	<b>SENTRALE FUNN SETT OPP MOT TIDLIGERE FORSKNING.....</b>	<b>58</b>
6.1	<i>Ulikhet som en styrke i det tverrprofesjonelle samarbeidet .....</i>	58
6.2	<i>Fravær av hierarki, profesjonsstatus og profesjonskamp .....</i>	60
6.3	<i>Organisering og struktur som støtter opp om tverrprofesjonelt samarbeid.....</i>	62
<b>7</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>63</b>
7.1	KONKLUSJON.....	63
7.2	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER OG VIDERE FORSKNING .....	65
	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>72</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Aktualisering

Innslag på Dagsrevyen 12.05.12 viste til at 93 % av feilbehandlinger ved fødsel skyldtes menneskelige feil (NRK Dagsrevyen 2012). Fra helsepersonell som har gransket disse feilene og som er intervjuet i saken kommer det frem at blant annet kommunikasjon og samarbeid på tvers av profesjoner i helsesektoren bør være en av strategiene for å unngå slike feil. Lingard m. fl. (2004) hevder også at samarbeid er en kritisk faktor for å oppnå helsesektorens felles mål som er å behandle pasientene. Når det i helsesektoren flagges med tverrfaglighet skal dette generelt gi et inntrykk av at pasientene får en helhetlig behandling basert på ulik type profesjonskunnskap (Lauvås og Lauvås 2004). Likevel sies helsesektoren å være sektordelt. I praksis fører dette til at helhet og sammenhenger mellom de ulike kunnskapsområdene kan være vanskelig å integrere, nemlig samarbeid på tvers av profesjons- og faggrenser (ibid). Ute i organisasjonene fører dette til at man konsentrerer seg om sitt begrensede fagområde og at man forholder seg til de personene som tilhører samme fagområdet som en selv og utelukker eller nedprioriterer det andre (ibid). Helheten blir derfor skadelidende og svekket. Helsesektoren preges også av å være under høyt press med stadig økede krav til effektivitet (Lingard m. fl. 2004). Et kontinuerlig press mot helsesektoren og deres kunnskap har vokst frem som en naturlig konsekvens av deres ansvarlighet i henhold til å pleie pasienter (Adler m. fl. 2007 og Lewin og Reeves 2011). Høye krav til tverrfaglig kunnskapsutvikling har derfor vokst frem (ibid).

Helsesektoren er et av de stedene der behovet for tverrprofesjonelt samarbeid har vokst frem som et resultat av stadig mer komplekse problemstillinger (Kennedy og Stewart 2011). På bakgrunn av dette har samarbeid på tvers av profesjoner blitt sett på som en løsning for å møte disse utfordringene (Collin m.fl. 2011). Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren har tradisjonelt vært preget av mange barrierer som hindrer et godt samarbeid og god kunnskapsdeling. Selv om tidligere forskning har belyst tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren mener likevel Adler m.fl. (2007) og

Østerlund (2008) at samarbeid på tvers av profesjoner ikke er viet nok oppmerksomhet og belyst godt nok igjennom forskningen. En studie av Lewin og Reeves (2011) viser at mer empirisk forskning på individet i interaksjon mellom ulike profesjoner på sykehus vil være et nyttig bidrag til forskningen på tverrprofesjonelt samarbeid.

Helsesektoren er bare en av mange sektorer og områder som blir påvirket av kunnskapssamfunnets krav til stadig utvikling av ny kunnskap. Dette skyldes at arbeidslivet er i kontinuerlig endring og behovet for vedvarende læring og utvikling av ny kunnskap kommer som en naturlig konsekvens av dette (Qvale 1995, Billett 2001, Fenwick 2007 og Jacobs og Park 2009). Ny kunnskap er ofte et resultat av at individer fra ulike profesjoner og disipliner jobber sammen og deler kunnskap (Boreham 2004). I dag regnes tverrfaglig samarbeid derfor som en nødvendighet i dagens organisasjons- og samfunnsliv (Lauvås og Lauvås 2004: 9). Nødvendigheten av samarbeid på tvers av profesjoner har også fått en økende annerkjennelse (Hall 2005). Administrative ledere i helsesektoren er svært entusiastiske ettersom de ser at denne måten å jobbe på fører til økt kvalitet i behandling av pasienter og samtidig lavere kostnader (ibid.).

I det daglige arbeidet jobber profesjonsutøvere med å løse komplekse problemstillinger og må derfor forholde seg til ulike fagekspertise og fagmiljøer. Profesjonsutøvere må derfor jobbe på tvers av profesjongrensene (Edwards 2011 og Guile 2011). Profesjonsutøvere er også i stor grad tvunget til å holde tritt i et miljø som stadig er i endring og det skapes derfor et kontinuerlig behov for læring og utvikling (Jensen 2007). Læring og utvikling av ny kunnskap gjennom samhandling og deltakelse i større felleskap er med på å øke profesjonaliteten (Lahn og Jensen 2010 i Molander og Terum 2010 og Edwards 2010). Lingard m. fl. (2004) viser til at samarbeid er kritisk for å tilegne seg profesjonskunnskap. Det er et økende behov for tverrfaglig samarbeid i profesjonsarbeid for å imøtekomme nye komplekse problemstillinger (Collin m.fl. 2011). Profesjonsutøvere uttrykker et ønske om mer tverrfaglig samarbeid, men mener samtidig gjennomføring og implementering av tverrfaglig samarbeid er utfordrende å få til i praksis (Kennedy og Stewart 2011). Forskning som er gjort ved Universitetet i Oslo viser at i profesjonsarbeid vil det oppstå en miks av ulike typer kunnskap som må forhandles frem (Nes og Moen 2010). Lite forskning har lagt vekt på hvordan slikt samarbeid er framforhandlet (Østerlund 2008). Det er store kulturelle forskjeller

mellom profesjonsgrupper og det er derfor et sterkt behov for kunnskap om hvordan man på best mulig måte kan samarbeide med andre profesjoner i helsesektoren (Hall 2005).

Deling av kunnskap er ifølge Jensen (2007) en nødvendig faktor for å skape fremgang og velstand i det moderne kunnskapssamfunn. Profesjonskunnskap er en viktig del av profesjonsutøveres yrkesutførelse, men deling av kunnskap er sentralt for å få et godt utbytte av et tverrprofesjonelt samarbeid. En holdning om at kunnskapsdeling automatisk vil skje i tverrfaglige samarbeid har preget forskningslitteraturen (Østerlund og Carlile 2005). Det vil si at å sette sammen ulike aktører i et samarbeid i seg selv ikke nødvendigvis har fungert som en vellykket strategi for å skape reell kunnskapsdeling. Dette fordi det eksisterer tydelige kunnskapsbarrierer som hindrer deltakere i å dele kunnskap og samarbeid godt i samarbeid på tvers av fagdisipliner (ibid).

I lys av de store utfordringene helsesektoren står ovenfor er målet med denne oppgaven å skape innblikk i hva som skal til for å bedre tverrprofesjonelle samarbeid. Mye forskning har belyst hvilke barrierer som generelt eksisterer i samarbeid mellom ulike fagdisipliner, men derimot lite forskning har vist strategiske tiltak for å skape godt tverrprofesjonelt samarbeid (Kennedy og Stewart 2011). Derfor er hensikten med denne oppgaven å forstå hvordan profesjonsutøvere jobber for å overkomme kunnskapsbarrierer. Gjennom en empirisk undersøkelse av hvilke faktorer som skal til for å skape godt tverrprofesjonelt samarbeid der barrierer tradisjonelt har regjert, vil denne oppgaven forsøke å belyse dette temaet. Denne oppgaven tar for seg en underliggende enhet på et av Norges universitetssykehus som mestrer å jobbe tverrprofesjonelt på en god måte. Tre profesjonsutøvere som tilhører ulike profesjonsgrupper i denne enheten har blitt intervjuet. Resultatene fra de tre intervjuene vil bli analysert i lys av de teoretiske perspektivene til Edwards (2010) og Carlile (2004). Disse teoretiske rammeverkene skal bidra med en forståelse for kunnskap i samhandling mellom deltakere i tverrprofesjonelt samarbeid. For å kunne bidra med et nytt blikk på denne problematikken er derfor følgende problemstilling og forskningsspørsmål formulert:

Problemstilling:

*Hvilke strategier brukes for å overkomme kunnskapsbarrierer i samarbeid på tvers av profesjoner?*

Forskningsspørsmål:

*Hvilke strategier beskriver profesjonsutøverne i helsesektoren at de benytter seg av for å overkomme forskjellige typer kunnskapsbarrierer?*

*På hvilke måter benytter profesjonsutøverne seg av 'relasjonell kapasitet' i tverrprofesjonelt samarbeid?*

## **1.2 Oppgavens struktur**

For å bidra til en bredere forståelse og rammeverk til den aktuelle problemstillingen vil det i kapittel 2 først bli gjort rede for tidligere forskning. Til å begynne med vil en presentasjon av hva forskningen har vist av hva som karakteriserer tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren gjort rede for. Videre vil påviste barrierer i denne sektoren bli beskrevet og deretter hvilke strategier som er med på å støtte opp under tverrprofesjonelle samarbeid. I kapittel 3 presenteres oppgavens analytiske perspektiv. Her beskrives først hvordan kunnskap kan ses som et sosialt fenomen samt kunnskapens betydning i et profesjonsperspektiv. Deretter avklares begreper og forståelsen for tverrprofesjonelt samarbeid. De to teoretiske perspektivene og analytiske begrepene som videre vil bli benyttet i analysen av datamaterialet, presenteres også. I kapittel 4 beskriver jeg min egen metode. Først presenteres metoden jeg har benyttet meg av i innhenting av data. Deretter beskrives analysemetoden for datamaterialet samt en kvalitetsvurdering av de ulike prosessene i arbeidet med datamaterialet. Kapittel 5 omhandler analysen. Det empiriske materialet fra de tre intervjuene blir analysert i lys av de to teoretiske perspektivene. Videre vil sentrale

funn, sett i lys av de teoretiske perspektivene, bli vurdert opp mot tidligere forskning i kapittel 6. Det siste kapitlet inneholder konklusjoner og refleksjoner omkring videre forskning innen tematikken tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren.

## **2 Tidligere forskning**

### **2.1 Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren**

Samarbeid er en kritisk faktor for å oppnå helsesektorens felles mål som er pasientene (Lingard m.fl. 2004). Men hvordan fungerer egentlig samarbeid på tvers av profesjoner i helsesektoren? For å besvare dette spørsmålet vil det først bli gjort rede for hva som karakteriserer tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren, for så å beskrive hva forskningen har vist på dette området.

Tverrfaglig samarbeid i helsesektoren preges av å være en kompleks prosess (Lingard m.fl. 2004). Helsesektoren kan karakteriseres av dens mange ulike profesjoner (Østerlund 2008 og Lewin og Reeves 2011), og profesjonsutøverne er nødt til å anvende kunnskap fra ulike felter for å behandle pasientene på en best mulig måte (Grimen 2010 i Molander og Terum 2010). I behandling av pasienter deler man kontinuerlig informasjon og kunnskap. Derfor fordrer en ivaretagelse av pasientene en interaksjon mellom ulike profesjonsutøvere, og et slikt samarbeid må derfor også synkroniseres (Collin m.fl. 2011). Slik synkronisering kan på bakgrunn av noen særtrekk ved denne sektoren by på utfordringer.

Helsesektoren preges av en hierarkisk struktur som skaper vertikale autoritetsstrukturer (Østerlund 2008). Ulike profesjonsgrupper har hver sine særtrekk, ulik kunnskap, ulike funksjoner og derfor også sin egen plass i et hierarkisk system på sykehusene. Slike hierarkiske system kan hindre kunnskapsdeling og kunnskapsvekst på tvers av profesjoner (ibid). I likhet med denne forskningen viser også Adler m. fl. (2007) at på bakgrunn av den hierarkiske strukturen som er på sykehus kan det ofte

skapes barrierer for læring og kunnskapsdeling. Innenfor ulike profesjonsgrupper vil det befinne seg ulike arbeidsmåter, tilnærminger og prosedyrer, derfor vil kunnskapen i denne sektoren være fundamentert i særegne profesjonelle ekspertiser (Nes og Moen 2010). På bakgrunn av ulikhetene som er vist til ovenfor, mener Lingard m. fl. (2004) at slike spenninger mellom ulike profesjonsgrupper preger samarbeidet i helsesektoren.

Tidligere har fokus på klasse og kjønnsforskjeller preget forskningen på samarbeid på tvers av profesjoner i helsesektoren (Hall 2005). Den har vist til at konflikter og friksjon som har oppstått i samarbeid på tvers av profesjoner ofte har vært nært knyttet til klasse og kjønnsforskjeller (ibid). Collin m.fl. (2011) viser også til at innenfor helsesektoren har grensene mellom profesjonene endret seg. Et eksempel på dette er at sykepleiere tidligere kun ble sett på som legenes hjelpende hånd. Sykepleiere har etter hvert blitt gitt arbeidsoppgaver som tidligere ble utført av legene, som for eksempel å gi medisiner (Collin m.fl. 2011 og Hall 2005). I likhet med denne forskningen viser også Lauvås og Lauvås (2004) til at andre profesjonsgrupper har kommet til i behandlingen av pasientene, som har ført til endringer av grenser mellom profesjonsgrupper. Innenfor helsesektorer er det ikke mange år siden det bare var å finne sykepleiere og leger i behandlingen av pasienter. I de siste 15-20 årene har det vært en sterk økning i antall profesjoner som er med på arbeidet knyttet til å gi diagnoser og behandle pasienter som for eksempel pedagoger, fysioterapeuter og sosionomer (ibid). Ny kunnskap har derfor kommet til i behandlingen og diagnostiseringen av pasienter som tidligere ikke var tilstede. Lauvås og Lauvås (2004) viser til at både systemet og de tradisjonelle profesjonsgruppene ikke har vært forberedt på å ta imot nye yrkesgrupper. De "eldre" og tradisjonelle profesjonene har ikke hatt nok kunnskap om hva de "nye" profesjonenes kunnskap kan bidra med, og det har derfor skapt usikkerhet rundt de ulike profesjonsgruppenes bidrag. Utviklingen i forskningen har derfor beveget seg fra klasse og kjønnsforskjeller mellom tradisjonelle profesjonsgrupper, til i større grad å fokusere på utfordringer knyttet til uklare skillelinjer mellom flere "nye" profesjoner og deres kunnskap.

Forskningen på tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren har også båret preg av å ha fokusert på at man gjennom ulike profesjonsutdanninger har tilegnet seg ulike ferdigheter, kunnskap og verdier, men også en ulik yrkesrelatert identitet. En prosess

Hall (2005) beskriver som en del av profesjonaliseringen. Derfor viser forskningen til at ulik kultur påvirker interaksjonen mellom de ulike profesjonene, og at slike ulikheter kan fungere som barrierer i det daglige tverrprofesjonelle samarbeidet (ibid). Mye av forskningen på tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjoner i helsesektoren har også lagt vekt på i hvilken grad status kan skape spenninger innad og på tvers av profesjoner og i hvilken grad uoverensstemmelse og uenighet på tvers av profesjoner har hindret samarbeid (Adler m. fl. 2007 og Hall 2005). Interessant forskning i fremtiden kan derfor i følge Adler m. fl. (2007) være hvordan man kan trene og forberede nye profesjonsarbeidere i å delta i nye former for samarbeid på tvers av profesjoner (ibid).

Det har i denne delen blitt gjort rede for hva som karakteriserer tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren. Forskningen har belyst mange av de særtrekkene som finnes av tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren, og det vises at det er et bredt spekter i karakteristikken på dette. Videre vil det bli gjort rede for en mer grundig gjennomgang av hva forskningen viser om barrierene som påvirker det tverrprofesjonelle samarbeidet i helsesektoren.

## **2.2 Barrierer i tverrprofesjonelt samarbeid**

I samarbeid på tvers av ulike profesjoner møtes ulike praksiser av sosiale og kulturelle tradisjoner. Dette medfører derfor en sammenblanding av ulike syn, perspektiver, oppfatninger, verdier, tradisjoner, kulturer og interesser (Kennedy og Stewart 2011, Bechky 2003 og Hall 2005). Slike motstridende verdier og tilnærminger er alle med på å skape barrierer i samarbeid (ibid). Barrierer kan hindre medlemmer av et samarbeid å dele kunnskap (Newell m.fl. 2009 og Sun og Scott 2005). Men hvilke barrierer er påvist i forskningen på samarbeid på tvers av fagdisipliner? Et utdrag av dette vil videre bli gjort rede for.

En studie som ser på tverrprofesjonelt samarbeid på en intensivavdeling på et sykehus, viser hvordan slike samarbeid styres av et felles ønske om å oppnå felles faglige mål



(Lingard m. fl 2004). Likevel viser det seg at uskrevne regler som maktrøller, posisjon, individuelle kontra felles mål er uskrevne strukturer som i stor grad fungerer som barrierer i samarbeidet (ibid). Også Newell m.fl. (2009) hevder at samarbeid på tvers av ulike fagdisipliner preges av både formelle og uformelle strukturer som kan fungere som barrierer. De uformelle strukturene er med på å hindre kunnskapsdeling ved at de gir uttrykk for hvem som besitter den "riktige" kunnskapen og på hvilken måte denne skal deles og byttes (Lingard m. fl. 2004). Samarbeid på tvers av profesjoner i helsesektoren preges også av at leger i størst grad dominerer kommunikasjonen og interaksjonen (Collin m.fl. 2011 og Hall 2005). I slike samarbeid er det ifølge Robinson og Cottrell (2005) også et skille mellom spesialister og allmennpraktikere. Det vil si at det i samarbeidet skapes både formelle og uformelle strukturer basert på profesjonsstatus. Fastlåste posisjoner som er satt på bakgrunn av tilhørighet til profesjoner vil hindre samarbeid på tvers av profesjoner å fungere godt (Lauvås og Lauvås 2004). Studien til Adler m. fl. (2007) støtter også disse funnene, den viser også at der profesjoner utgjør store deler av personalet eksisterer tydelige hierarkiske strukturer og organisasjonsformer. Status hos profesjonsutøverne kan også påvirke samarbeidet og kunnskapsdelingen i tverrprofesjonelt arbeid (Robinson og Cottrell 2005). Et interessant funn er også at ulike profesjonsgrupper har ulike syn og holdninger på statusenes betydning og i hvilken grad dette vil påvirke samarbeidet (ibid).

Det fysiske miljøet har stor betydning for hvordan man kan dele kunnskap og skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid (Gum m.fl. 2012). En annen studie som har sett på samarbeid mellom nyutdannede leger og sykepleiere viser også at fysisk organisasjonsstruktur kan hindre kunnskapsdeling (Weller, Barrow og Gasquoine 2011). Studien er gjennomført på tre sykehus i Australia og den viser hvordan fysisk struktur fungerer som en barriere for blant annet kunnskapsdeling. For lite tilgang på lukkede rom og derfor fortrolige samtaler om pasienter hindrer legene og sykepleierne i å dele informasjon og kunnskap (ibid).

I helsesektoren skaper et stort antall pasienter behov for raske beslutningsprosesser, samtidig som det er en sterk variasjon i type lidelser. Begge disse faktorene er med på å hindre kontinuitet i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Collin m.fl. 2011). Kontinuerlig endring og hektisk tempo er derfor med på å påvirke sammensetningen og

tidsperspektivet i samarbeidsgrupper. Det vil si at samarbeidsgrupper kontinuerlig skiftes ut og det er derfor ikke tid til at medlemmene kan bli godt kjent, skape et stabilt samarbeid og bygge tillit (ibid). En studie som ser på psykiatriske sykepleieres beskrivelse av tverrprofesjonelt samarbeid viser også til at tverrprofesjonelt samarbeid bærer preg av å være ad-hoc og spontant, og at det derfor mangler en struktur (Holst og Severinsson 2003). Det vises derfor til at en potensiell barriere for kunnskapsdeling kan være mangel på kontinuitet og struktur (ibid).

På bakgrunn av de økte komplekse problemstillingene helsesektoren står ovenfor i behandling av pasienter har en økt spesialisering tredd frem (Hall 2005). Selv om komplekse problemstillinger skaper et behov for tverrprofesjonelt arbeid (Kennedy og Stewart 2011), viser likevel Hall (2005) til at økt spesialisering har ført til at de ulike profesjonene fordyper seg mer og dykker dypere ned i sin egen profesjon. Som et resultat av dette blir derfor interaksjon med andre disipliner og profesjoner en utfordring (ibid). Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) fungerer mer spesialisering som en barriere for innsikt og samarbeid på tvers av profesjoner.

Rolleforvirring kan også fungere som en barriere i tverrprofesjonelle samarbeid (Hall 2005 og Lauvås og Lauvås 2004). Det vil si at profesjonsutøvere fra ulike profesjoner besitter overlappende kunnskap, noe som kan føre til forvirring mellom aktørene. Dette skaper en usikkerhet rundt hvor grensene befinner seg mellom de ulike profesjonene. Denne formen for rolleforvirring kan føre til at medlemmer i et samarbeid føler seg unyttige og at deres kunnskap er til overs (Hall 2005).

Ulikt syn på konfidensialitet og hvilken informasjon som skal deles i et samarbeid skaper potensielle barrierer for kunnskapsdeling (Robinson og Cottrell 2005). Studien til Robinson og Cottrell (2005) viser at ulike profesjonsdeltakere i et tverrfaglig samarbeid har ulike holdninger og syn på hvilken informasjon som skal deles og hvordan dette skal deles.

Barrierer for å dele kunnskap kan ifølge Sun og Scott (2005) og Kennedy og Stewart (2011) eksistere på ulike nivåer. Det vil si at slike barrierer kan oppstå mellom

individer, på tvers av avdelinger og på tvers av organisasjoner (ibid). Generelt vil ønske om økonomisk trygghet og sosial status fungere som barrierer for å ønske å dele verdifull kunnskap (Sun og Scott 2005). Mellom individer vil en frykt for tap av eierskap og kontroll på kunnskap være den største barrieren. Overføring av kunnskap fra et teamarbeid til resten av en organisasjon ser ut til å hindres av at teammedlemmers komfortsone kan bli truet (ibid). Kunnskapsdeling på tvers av organisasjoner er i størst grad hindret av at det kan bli stilt spørsmålstegn ved praksiser som eksisterer i ulike organisasjoner og at lederes komfortsone derfor blir truet (ibid). Sun og Scott (2005) hevder verdifull forskning videre vil være å fokusere mer på det individuelle aspektet ved barrierer i kunnskapsdeling.

Profesjonskamp er en potensiell barriere når ulike profesjonsgrupper skal samarbeide (Lauvås og Lauvås 2004). En profesjonskamp innebærer at profesjonsutøverne kjemper for å ha den sterkeste innflytelsen på en oppgave eller problemstilling, og i samarbeid fungerer slike "kamper" som hinder for kunnskapsdeling (ibid). Fra gammelt av besto profesjonskampen innenfor helsesektoren hovedsakelig mellom leger og sykepleiere. På bakgrunn av de komplekse problemstillingene man nå står ovenfor i helsesektoren, er flere yrkesgrupper representert og profesjonskampene har utvidet seg til å bestå av langt flere yrkesgrupper som blant annet sosionomer, psykologer og fysioterapeuter (ibid).

Samarbeid på tvers av fagdisipliner er tid og ressurskrevende (Newell m.fl. 2009 og Lauvås og Lauvås 2004). I det daglige arbeidet er det ikke alltid like lett å sette av tid til et tverrfaglig samarbeid som kanskje vil gå utover selve primæroppgavene (Lauvås og Lauvås 2004). Samtidig er det heller ikke alltid på kort sikt lett å se utbytte av slike samarbeid og det skapes derfor en usikkerhet rundt utbyttet av samarbeidet, og derfor viljen til å prioritere dette.

Ovenfor har det blitt gjort rede for de barrierene som forskningen kan vise til at eksisterer i tverrprofesjonelle samarbeid i helsesektoren. Dette har gitt en innsiktsfull forståelse for hvilke forhold profesjonsutøverne står ovenfor, i utførelsen av det daglige arbeidet der samarbeid er en del av arbeidsrutinene. Videre er det også behov for en

gjennomgang av hva forskningen viser om strategier som skal til for å skape gode samarbeidsforhold når ulike profesjonsgrupper møtes.

### **2.3 Strategier for å oppnå et vellykket samarbeid på tvers av profesjoner**

I følge Kennedy og Stewart (2011) har lite forskning blitt gjort på hvilke konkrete strategier som skaper et vellykket tverrfaglig samarbeid. Selv om mye av litteraturen nevnt i foregående del diskuterer implikasjoner av påviste kunnskapsbarrierer, er de ikke nødvendigvis basert på studier av strategier i bruk. Det finnes imidlertid litteratur som legger vekt på betydningen av tydelige og definerte mål, klar rolle- og ansvarsfordeling, effektiv kommunikasjon, tilstrekkelig tid for tverrfaglig arbeid, innsikt og anerkjennelse og respekt for den kunnskapen som bidras med og tillit og trygghet i forhold til både deltakerne i et tverrfaglig samarbeid samt ekspertisen man selv besitter (Collin m. fl. 2011, Suter m.fl. 2009, Robinson og Cottrell 2005, Nilsen 2011, Schwartz, Wright og Lavoie-Tremblay 2011). For å imøtekomme kravene om best mulig behandling av pasienter på en god, effektiv og kostnadsreducerende måte, har også helsesektoren i senere år begynt å bruke organiserte "praksisfelleskap" som strategi for samarbeid og kunnskapsdeling (Ranmuthugala m.fl. 2011, Fuller m.fl. 2005 og Hakkarainen 2004). Studien til Ranmuthugala m.fl. (2011) har analysert 33 artikler om bruk av praksisfelleskap som strategi for samarbeid i helsesektoren, og viser til hvordan dette bidrar til deling av kunnskap og derfor som verktøy for å bedre klinisk praksis. I studien blir det imidlertid ikke lagt vekt på hvordan kunnskapsbarrierer har betydning for bruk av praksisfelleskap i samarbeid på tvers av profesjoner, og de inkluderte studiene så ikke på hvordan kommunikasjon og interaksjon mellom profesjonsutøvere bidro til å oppnå målene satt av sykehuset.

Formålet med denne oppgaven er å belyse hvordan forskjellige strategier for å overkomme kunnskapsbarrierer i tverrfaglig samarbeid blir rapportert brukt, med spesifikt fokus på hvordan disse kan forstås gjennom et teoretisk perspektiv som legger vekt på kunnskapsdimensjonene ved profesjonsutøvernes arbeid. Ved å benytte de

teoretiske perspektivene til Carlile (2004) og Edwards (2010), kan slike strategier analyseres opp på en måte som gir et differensiert perspektiv på hva slags type kunnskapsbarrierer forskjellige typer strategier kan rettes mot, og hva slags ekspertise som karakteriserer profesjonsutøvere som aktivt forholder seg til egen og andres profesjonskunnskap i konteksten av tverrprofesjonelt samarbeid. Før disse perspektivene redegjøres for, vil imidlertid først kunnskapens rolle i profesjonskontekster kort introduseres, og kunnskapsbegrepet som benyttes i denne oppgaven vil bli gjort rede for.

### **3 Teoretiske perspektiver på tverrfaglig samarbeid**

#### **3.1 Kunnskap i profesjonene**

Tradisjonelt har profesjoner blitt definert som "type yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning" (Molander og Terum 2010: 139). En av de mest særegne kjennetegnene ved profesjoner er at "yrkesutøverne er sertifisert til å forvalte bestemte typer kunnskap" (Grimen 2010:71 i Molander og Terum 2010). Profesjonsarbeid kjennetegnes også ved standardiserte måter å gjøre arbeid på (Nerland og Jensen i Billett 2010). Kort beskrevet innebærer begrepet profesjon en yrkesmessig organisering av arbeid, personer med en viss utdanning og kunnskap som gir de rett til å utføre visse arbeidsoppgaver (Molander og Terum 2010).

Som det kommer frem i beskrivelsene og definisjonene av profesjoner er kunnskap sentralt i utførelsen av profesjonsarbeid. Profesjonskunnskap har tradisjonelt blitt betegnet som teoretisk fragmentert, som vil si at den besto av ulike kunnskapsfelt og fagområder, men med liten teoretisk integrasjon seg imellom (Grimen 2010 i Molander og Terum 2010). Noe som i praksis vil si at det var lite samarbeid på tvers av fagområdene. Men ifølge Molander (2010) i Molander og Terum (2010) er profesjoners kunnskapsgrunnlag et sammensatt fenomen. Han hevder at profesjoners kunnskapsgrunnlag er basert på praktiske synteser, som vil si at ulik

profesjonskunnskap blir flettet sammen fordi det er behov for ulike typer kunnskap for å løse oppgaver (ibid). Oppgavens karakter gir derfor føringer for hvilken type kunnskap som er relevant å binde sammen for å løse oppgaven på en best mulig måte. Derfor mener han videre at det er nyttig å se på profesjonskunnskap som en helhet bestående av meningsfulle deler som ikke nødvendigvis er godt teoretisk integrert (Grimen 2010 i Molander og Terum 2010).

Selv om ulike kunnskaper nødvendigvis ikke er godt teoretisk integrert kan den likevel være meningsfull sammen. Et eksempel Grimen (2010) bruker for å belyse dette er legers behov for kunnskap om både kommunikasjon og biologi for å kommunisere godt med pasienter. Med tanke på at ulike profesjonsgrupper i helsesektoren har ulike kunnskaper og derfor er gjensidig avhengige av hverandre er god kommunikasjon viktig (Østerlund 2008). Lewin og Reeves (2011) kan også vise til at kommunikasjonskunnskap er viktig i tverrfaglige samarbeid. Eksemplene ovenfor viser her til at naturlige krav om tverrfaglig kunnskap kan oppstå som et resultat av den praktiske yrkesutøvelsen. Det betyr at selv om ikke ulike typer kunnskap nødvendigvis er teoretisk fundamentert sammen, kan den likevel være meningsfull sammen for den oppgaven som skal utføres. Kunnskapen blir på den måten knyttet sammen fordi omgivelsene og den praksis man befinner seg i nettopp stiller et krav om samarbeid mellom ulike profesjoner (Grimen 2010 i Molander og Terum 2010).

Profesjonskunnskap blir sett på som ryggraden i en profesjon og tverrprofesjonelt samarbeid kan av profesjonsutøvere oppleves som en fare for fagets eksistens og betydning (Lauvås og Lauvås 2004). Profesjonsutøvere har ofte lagt ned mye arbeid for å tilegne seg kunnskapen og kunnskapen fungerer derfor ofte som en eiendom for aktørene, og derfor også som det sterkeste forsvarsmiddelet av profesjonens domene (ibid). Profesjonsfaget kan derfor være en sterk potensiell konfliktarena. I helsesektoren har representanter fra de ulike profesjonene felles kunnskap om flere sider av behandlingen. Og det er på områder der profesjonsfagene overlapper hverandre konfliktene ofte oppstår. Det vil derfor resultere at det i praksis oppstår en slags makt- og drakamp mellom profesjonene om å få være den sakkyndige på området (ibid). Det som skiller profesjonsutøvere fra andre i tverrfaglige samarbeid er at profesjonenes egeninteresser kan være fremtredende i forhold til andre hensyn (Lauvås og Lauvås

2004). Det sies at det ligger i en profesjons natur å ønske og bedre profesjonenes status, innflytelse og makt. Samarbeid med andre profesjoner kan by på utfordringer for profesjonens innflytelse og makt, derfor oppleves samarbeid på tvers av profesjoner ofte som et tapsprosjekt for en profesjonsutøver (ibid).

### **3.2 Kunnskap som et sosialt fenomen**

Begrepet kunnskap har innenfor forskningslitteraturen blitt definert, beskrevet og tolket på utallige måter. Kunnskap kan på den ene siden bli sett på som en kognitiv og mental kapasitet (Newell m.fl. 2009) eller på den andre siden noe som er konstruert og tilegnet gjennom sosial interaksjon (Lave og Wenger 1991). Denne oppgaven benytter seg av teoretiske tilnærminger som forstår kunnskap i et sosiokulturelt perspektiv. I lys av sosiokulturell teori foregår menneskelige aktiviteter i sosiale omgivelser (Woolfolk 2004). Derfor er menneskelig utvikling sterkt knyttet til samhandling med andre, i en samkonstruert prosess (ibid). All form for kunnskap kan bli artikulert og uttrykket på en eller annen måte. Det vil si at all kunnskap kan bli lært, overført og delt mellom mennesker (Grimen 2010 i Molander og Terum 2010). Eksempler på hvordan kunnskap kan bli tilegnet, delt og overført er igjennom både ulike former for språk, handlinger og symboler (ibid).

I lys av den sosiokulturelle tanken om kunnskap som et sosialt fenomen er også en relasjonell tankegang vokst frem (Østerlund og Carlile 2003 og Østerlund og Carlile 2005). Det innebærer at menneskers kunnskap ikke kan bli sett på isolert fra de sosiale relasjonene som er skapt gjennom ulike praksiser (ibid). I hvilken grad kunnskapsdeling fungerer godt er derfor i stor grad avhengig av hvordan de sosiale relasjonene er mellom mennesker på en arbeidsplass. For å kunne vurdere og se på kunnskapsdeling er det derfor viktig å ha denne tankegangen i bakhånd (Østerlund og Carlile 2003). Derfor er det naturlig å tro at mange faktorer vil spille inn på delingen av kunnskap. Kunnskapsdeling i tverrfaglige samarbeid blir sett på som en kompleks og noe problematisk prosess og kan derfor innebære kunnskapsbarrierer (Østerlund og Carlile 2005).

### **3.3 Definisjonsavklaring**

Samarbeid på tvers av fagdisipliner blir i litteraturen omtalt som tverrfaglighet, og tverrfaglighet sier noe om en relasjon mellom ulike fag eller disipliner (Lauvås og Lauvås 2004). Tverrprofesjonelt samarbeid karakteriseres av delte mål, gjensidig avhengighet, kollegialt og likt forhold mellom deltakerne og felles avgjørelser og beslutningsprosesser (Collin m.fl. 2011: 2). Innenfor samarbeid på tvers av fagdisipliner befinner et sentralt skille seg mellom flerfaglighet og tverrfaglighet. Flerfaglighet handler om at ulike faglige bidrag fra ulike fagdisipliner er med på å belyse en felles problemstilling, men ikke nødvendigvis på samme tidspunkt og sted. Tverrfaglighet på den andre siden fordrer at ulike fagdisipliner integreres i hverandre gjennom et kontinuerlig samarbeid (Lauvås og Lauvås 2004). Ved tverrfaglig samarbeid er de ulike deltakerne også i større grad avhengig av hverandre for å løse oppgaven. Tverrfaglighet er karakterisert ved at det er hele gruppen av aktører som sammen skal utføre en oppgave, og at det er en forståelse for at den spesialiserte kunnskapen som de ulike aktørene bidrar med må deles og gjøres tilgjengelig for de andre i samarbeidet. Tverrfaglige samarbeid kan også kjennetegnes ved at det eksisterer en form for rolleoppløsning innad i samarbeidet, det vil si at roller og ansvar fordeles innad i samarbeidet uten å ta hensyn til profesjonell tilhørighet (ibid). Mer presist kan tverrprofesjonelt arbeid defineres som "an active and ongoing partnership, often between people from diverse professional backgrounds, who work together to solve problems or provide services" (Gum m.fl. 2012).

### **3.4 Kunnskapsbarrierer i tverrprofesjonelt samarbeid**

En forsker som har belyst hvor komplekst samarbeid på tvers av fagdisipliner kan være er Paul R. Carlile. Han har utviklet et rammeverk som viser tre ulike kunnskapsgrenser han hevder er sentrale for å forstå hvorfor kunnskapsdeling og samarbeid på tvers av fagdisipliner kan være utfordrende (2004). Samtidig trekker han også frem betydningen av ulikhet og avhengighet for å forstå hvordan kunnskapsdeling blir påvirket. Han



bruker begrepene ulikhet og avhengighet for å beskrive og avdekke hvordan kunnskapsdeling foregår og blir påvirket i relasjonelle forhold (Østerlund og Carlile 2003).

Ifølge Carlile (2004) eksisterer det tre kunnskapsgrenser i samarbeid på tvers av fagdisipliner; syntaktiske, semantiske og pragmatiske grenser. Disse kunnskapsgrensene belyser hvor kompleks kunnskapsdeling på tvers av profesjoner kan være (Newell m. fl. 2009). Carlile sitt teoretiske perspektiv på kunnskapsbarrierer gir et bilde av hvor mye innsats og arbeid som kreves for å oppnå god kunnskapsdeling (ibid). Deling av kunnskap er karakterisert av spesifikke ulikheter og tolkninger som eksisterer i og mellom ulike praksiser (Østerlund og Carlile 2003: 1).

Syntaktiske kunnskapsgrenser er skapt av ulikt språk, grammatikk og symboler. Denne kunnskapsgrensen oppstår fordi ulike fagfelleskap skaper sine særegne språk for å forbedre interaksjonen innad i fellesskapet (Carlile 2004). Å identifisere ulikheten i språk på tvers av felleskap, for deretter å skape et felles språk som gjør at kunnskapsdeling og samarbeid er gjennomførbart er dermed med på å overkomme den syntaktiske kunnskapsgrensen (ibid).

Semantiske kunnskapsgrenser innebærer ulike tolkninger, betydninger og meninger mellom deltakere i et samarbeid (Carlile 2004). For å overkomme semantiske kunnskapsgrenser er det derfor nødvendig å oversette kunnskapen til en felles plattform i form av en felles forståelse og mening for å kunne dele kunnskap (Østerlund og Carlile 2003). For å kunne dele kunnskap hevder Carlile (2004) det er nødvendig å synliggjøre og gjøre tilgjengelig ulike perspektiver og tolkninger av et fenomen på tvers av aktører og fagfelleskap. I slike tilfeller vil det ikke være tilstrekkelig å overkomme den syntaktiske grensen ved å skape et felles språk. Derfor er det behov for en ny og delt forståelse ved hjelp av oversettelse av kunnskapen på tvers av aktører for å kunne dele kunnskap (ibid).

På bakgrunn av ulike interesser mellom aktører i et samarbeid kan det skapes pragmatiske kunnskapsgrenser (Carlile 2004). Selv om deltakere i et samarbeid verdsetter den ulike kunnskapen som de andre bidrar med, betyr det ikke at de

nødvendigvis er enige om en løsning. Dette skyldes at man ikke ønsker å endre på sin egen praksis (ibid). Ulike interesser hindrer derfor aktørenes evne til å dele, vurdere og benytte seg av kunnskap. Når denne typen grenser oppstår må derfor de ulike profesjonene transformere og omarbeide sin egen kunnskap og praksis slik at den kan forstås av de andre, og dermed har man også mulighet til å konvertere kunnskapen og praksisen til det tverrfaglige samarbeidet som helhet (ibid)

I samarbeid på tvers av fagdisipliner er det sentralt å se på og avdekke hva som er ulikheten mellom de ulike deltakerne (Østerlund og Carlile 2003). Å være bevist på og avdekke ulikhet gjør en i stand til å forstå dens mening og identitet (Østerlund og Carlile 2005). På bakgrunn av ulikhet i tverrfaglige samarbeid mener Carlile at det eksisterer en form for avhengighet mellom aktørene i samarbeidet. Han forklarer det på følgende måte: "deltakeres praksiser og deres kunnskap eksisterer i et avhengighetsforhold til praksiser og kunnskapen til andre felleskap" (Østerlund og Carlile 2003: 7). Ingeniører blir brukt som eksempel for å belyse dette. For å kunne lage et produkt eksisterer det en avhengighet mellom kunnskapen til designingeniøren og produksjonsingeniøren (Østerlund og Carlile 2005). Kunnskapen som designingeniøren har er av stor betydning for produksjonsingeniøren og omvendt. I et tverrprofesjonelt samarbeid vil den ulike kunnskapen berike problemstillingen man jobber med, samtidig som en avhengighet som eksisterer mellom disse kan by på utfordringer (ibid). I samhandling med andre er det derfor nødvendig å vite hvordan man på best mulig måte kan forholde seg til ulikheten og avhengigheten for å få mest mulig utbytte av kunnskapen til de ulike deltakerne i samarbeidet (Østerlund og Carlile 2003). Å spesifisere og tydeliggjøre ulikheter og avhengigheter mellom ulike praksiser er nødvendig for å kunne dele kunnskap (ibid).

Ovenfor har vi fått et innblikk i det teoretiske rammeverket til Carlile og sett hvordan kunnskapsgrenser kan ha stor betydning for samarbeid på tvers av fagdisipliner. Samtidig har det også blitt presentert hvilke faktorer som skal til for å overkomme de tre kunnskapsgrensene. I likhet med de faktorene Carlile beskriver for å overkomme kunnskapsbarrierer har også Ann Edwards (2010) i sitt teoretiske perspektiv fokus på hva som skal til for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Det vil det derfor videre bli gjort rede for.

### 3.5 Fra barrierer til strategier i tverrfaglig samarbeid

Ann Edwards (2010) har et annet perspektiv på grensene mellom ulike fagdisipliner enn det Carlile har. Istedenfor å se på grensene mellom fagdisipliner som potensielle kunnskapsbarrierer hevder hun at det i disse grensene er et stort potensial for utvikling av ny kunnskap. I grensene mellom fagdisipliner bringes ulike ressurser og kunnskap sammen og det skapes derfor en rikere respons på komplekse problemstillinger (Edwards 2010). Edwards har i sin forskning brukt profesjoner for å studere grenser mellom ulike fagdisipliner. Hun mener profesjonsutøvere i det daglige jobber med komplekse problemstillinger der samarbeid med andre profesjoner og deres fagkunnskap står sentralt. Denne måten å jobbe på betegner hun derfor som grensekryssing. Annen forskning støtter også opp under Edwards sin beskrivelse av tverrfaglig samarbeid. Grensekryssing blir definert som samarbeid på tvers av ulike sektorer, fagområder og profesjoner som er med på å utvikle ny kunnskap og læring (Warmington m.fl. 2004 og Engeström 2001 og 2004). Edwards, Lunt og Stamou (2010) viser til at det er muligheter til å utvikle ny kunnskap innad i sitt fagområde, men ved å krysse grenser på tvers av fagområder er med på å skape en ny faglig praksis. Å krysse grenser er derfor en viktig del av tverrprofesjonelt arbeid (ibid). Tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjoner gir økt kunnskap, ny og innsiktsfull informasjon og kunnskap om ulike problemstillinger, samtidig som også samarbeid på tvers av profesjoner er med på å skape en ny form for profesjonalitet (Edwards 2010).

Tverrprofesjonelt samarbeid er en form for relasjonell samhandling. Med relasjonell samhandling menes de relasjonelle forholdene som eksisterer i samhandling mellom mennesker (Edwards 2010). En relasjonell form for samarbeid er i ferd med å vokse frem og denne endringen betegner Edwards som en relasjonell vending innen profesjoner og hun mener dette er med på å skape en forbedret form for profesjonell praksis (Edwards 2010: 1). Men når profesjonsutøvere med ulik faglig bakgrunn samarbeider på tvers av profesjongrenser mener Edwards (2010) at de opererer utenfor sitt sikkerhetsnett. Med dette mener hun at deltakere i slike samarbeid befinner seg utenfor de standardiserte byråkratiske prosedyrene man til vanlig er en del av i det daglige arbeidet (Edwards 2010). Konsekvensen av dette er at deltakere i

tverrprofesjonelle samarbeid må stole på og argumentere godt for sin fagkunnskap fremfor å lene seg på standardiserte måter å jobbe på (ibid). Profesjonskunnskapen får derfor en sentral rolle i det tverrprofesjonelle samarbeid. Tidligere hadde sosial posisjon sterk innflytelse på hvilken innflytelse ens kunnskap fikk i et samarbeid på tvers av profesjoner (Edwards 2010). Det vil si at sosial posisjon påvirket hvilken innvirkning og effekt man også hadde på en oppgave i et samarbeid. Dette er ikke lenger like aktuelt, og profesjonskunnskap og samarbeid bærer nå preg av å være en forhandling om ulik profesjonskunnskap (ibid). Kunnskapen som de ulike profesjonsutøverne bringer inn i samarbeidet skaper derfor et grunnlag for forhandlinger på tvers av profesjongrenser i et tverrfaglig samarbeid (Edwards 2005). I samhandling med andre er det derfor viktig å ha kunnskap om hvordan man benytter seg av den kunnskapen som eksisterer i et samarbeid (Edwards 2010).

Ovenfor har vi blitt kjent med Edwards sin aktualisering og begrunnelse for hvorfor forskning på tverrprofesjonelt samarbeid er aktuelt og hvilket fokus som bør ligge på kunnskapen og profesjonsutøverne i denne sammenheng. Videre vil det derfor bli beskrevet hvilke egenskaper hun mener profesjonsutøvere i tverrprofesjonelle samarbeid bør ha for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid.

### **3.6 Å være en 'relational practioner'**

I relasjonelt samarbeid er det ifølge Edwards (2010) nødvendig med en spesiell ekspertise for å få samarbeidet til å fungere godt, hun kaller denne ekspertisen 'Relational agency', et begrep som i denne sammenheng vil bli oversatt til relasjonell kapasitet. Relasjonell kapasitet handler derfor om en kapasitet som er nødvendig for å jobbe i relasjon med andre, og nærmere forklart innebærer dette;

"this additional capacity involves recognising how others interpret and react to problems and aligning one's own interpretations and responses to theirs, to produce enriched understandings and practices" (Edwards 2010: 2).

Så hva innebærer egentlig relasjonell kapasitet og hva skal til for å oppnå dette? Relasjonell kapasitet handler i hovedsak om en kapasitet som i et samarbeid skal være med på å fremme og styrke målrettede løsninger på komplekse problemstillinger. Relasjonell kapasitet er med på å skape det Edwards betegner som "resourceful practioner" som generelt handler om forståelse, respekt og samstemthet mellom ulike medlemmers formål og arbeidsmåter (Edwards 2010 og Edwards 2005). Å være en "resourceful practioner" innebærer mer konkret at deltakere i et samarbeid må vedkjenne egen kunnskap og ta et standpunkt basert på egen profesjonskunnskap. Det innebærer også at aktører i et tverrfaglig samarbeid må synliggjøre sin egen kunnskap og fagekspertise. Samtidig er det like viktig å sette seg inn i og forstå kunnskapen som andre aktører bringer inn i samarbeidet for deretter å dra nytte av kunnskap og standpunkter som ulike aktører representerer og bidrar med (Edwards 2005 og Edwards 2010). Poenget er derfor å bidra med egen kunnskap når det er behov for det, men også å spørre om og trekke på andres støtte og kunnskap når den er relevant (Edwards 2005). For å belyse relevant profesjonskunnskap i arbeid med en problemstilling beskriver Edwards derfor den følgende egenskapen som viktig:

"what matters most for the exercise of expertise in each profession needs to be made visible to others" (Edwards 2010:2).

To viktige steg er nødvendig for å være en 'relational practioner'. Til å begynne med er det viktig å klargjøre og erkjenne motivene og ikke minst de faglige ressursene som ulike aktører bidrar med inn i et samarbeid. Forståelse for ulike aktørers motiver vil i et tverrfaglig samarbeid være nyttig fordi motiver påvirker atferd og retning i et samarbeid (Edwards 2010). Edwards er i denne tankegangen inspirert av Leont'ev som utviklet begrepet 'objekt motiv'. Dette begrepet innebærer at de ulike profesjonsdeltakerne responderer på bakgrunn av sine fagspesifikke verdier og meninger i en gitt kontekst. Leont'ev forklarer dette på følgende måte:

"The main thing which distinguishes one activity from another, however, is the difference of their objects. It is exactly the object of an activity that gives it a determined direction. (...) the object of the activity is its true motive" (Leont'ev 1978: 62 i Edwards 2010).

Det er derfor viktig at aktørene erkjenner de ulike motivene som deltakerne i et samarbeid har, og de vil på bakgrunn av dette øke forståelsen for den kunnskapen som andre bidrar med og derfor også på en bedre måte kunne øke kvaliteten på løsningen av en problemstilling. Deretter er det viktig å samkjøre egne forståelser og responser med den nye kunnskapen andre bidrar med for så å kunne forsterke den felles forståelsen innad i samarbeidet (Edwards 2010).

Mediering har en sentral rolle i tverrprofesjonelt samarbeid der ulik kunnskap bringes sammen (Edwards 2005). Å skape relasjonell kapasitet og å være en 'relational practioner' innebærer to prosesser av mediering. Det første steget innebærer at de ulike profesjonsdeltakerne forstår hva som er de ulike deltakernes bidrag til samarbeidet. Dette medfører at responsen på oppgaven utvides for alle de involverte profesjonsdeltakerne. Den andre prosessen innebærer at man i fellesskap samkjører og justerer tolkningen av hvordan oppgaven skal løses, gjennom den nyetablerte felles kunnskapen som eksisterer på tvers av profesjonene.

Hensikten med ekspertisen som Edwards hevder er nødvendig i et tverrprofesjonelt samarbeid er å være trygg på den kunnskapen man selv bidrar med i et samarbeid, samtidig som man er i stand til å vedkjenne og respondere på den kunnskapen som andre profesjonsutøvere bringer inn i samarbeidet (Edwards 2010). Å dra nytte av kunnskap og standpunkter som alle medlemmer i et samarbeid representerer fører til en utvidet og kompleks forståelse for den oppgaven det jobbes med (Edwards 2011). Motivet og målet for denne måten å jobbe på er derfor å skape et godt samarbeid og god gjennomføringsevne basert på den ulike kunnskapen som ulike deltakere bidrar med (Edwards 2005). Edwards hevder at en relasjonell kapasitet er mer en et vanlig samarbeid. Det må heller bli sett på som en styrke som er delt og felles mellom ulike aktører som er i stand til å trekke på hverandres fagekspertise for å jobbe mot en felles oppgave (Edwards 2010: 66). Hun forklarer det slik:

"the additional layer of expertise includes the capacity to negotiate what matters with others" (Edwards 2010: 2).

I denne delen har vi blitt kjent med hva Edwards (2010) beskriver som nødvendige egenskaper som skal til for å være en god 'relational practioner' og derfor også hva en relasjonell kapasitet innebærer. De to teoretiske perspektivene som er presentert har derfor gitt et rammeverk og en forståelse for de utfordringer som profesjonsutøvere står ovenfor og hvilke egenskaper og faktorer som skal til for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid. Videre vil det derfor bli gjort rede for hvordan disse perspektivene kan bidra til å forstå funnene som fremkommer av det empiriske datamaterialet.

### **3.7 Analysebegreper**

På bakgrunn av de teoretiske perspektivene presentert ovenfor har jeg valgt å fokusere på noen utvalgte analysebegreper i analysen av datamaterialet. Dette har jeg gjort for å ha noen konkrete begreper å belyse funnene i datamaterialet opp i mot, for å besvare problemstillingen på en mest mulig konkret måte ut ifra de teoretiske perspektivene. Analysebegrepene er blitt valgt på grunnlag av at de egner seg til å analysere hvilke strategier profesjonsutøverne beskriver at de benytter seg av når de forholder seg til hverandres profesjonskunnskap, og vil her bli kort gjort rede for.

#### **3.7.1 Tre kunnskapsgrenser**

Carlile (2004) hevder i sin teori at syntaktiske, semantiske og pragmatiske kunnskapsgrenser er sentrale for å forstå hva som er med på hindre samarbeid mellom ulike fagdisipliner. I sin teori har han også kommet opp med beskrivelser av hva som skal til for å overkomme disse kunnskapsgrensene. Disse beskrivelsene innebærer i hovedtrekk å identifisere ulikhet, skape et felles språk, synliggjøre kunnskap, perspektiver og tolkninger, skape en felles forståelse og ønske om å endre på egen praksis og skape en felles praksis basert på de ulike deltakerne i samarbeidet sine bidrag. I analysen nedenfor brukes disse tre kunnskapsgrensene som utgangspunkt for å

analysere hvordan profesjonsutøvere evner å benytte seg av slike strategier for å overkomme disse kunnskaps grensene i det tverrprofesjonelle samarbeidet.

### **3.7.2 'Relational practioner'**

Som beskrevet ovenfor, vektlegger Edwards (2010 og 2005) særlig to strategier som viktige for å være en god 'relational practioner'. Den første innebærer i hovedsak å forstå og sette seg inn i hva som er de ulike profesjonsutøvernes bidrag i samarbeidet, mens den andre vektlegger det å tydeliggjøre egen kunnskap og forståelse for en problematikk. Når denne formen for ekspertise blir en integrert del av arbeidet, skal det bidra til en utvidet respons på komplekse problemstillinger. Analysen vil se på hvordan profesjonsutøverne bruker disse strategiene som del av det tverrprofesjonelle samarbeidet, og hvordan de fremhever hva som er viktig både for dem selv og for andre i samhandlingen med andre profesjonsutøvere.

## **4 Metode**

I dette kapittelet vil datagrunnlaget i studien bli presentert og metoden jeg har brukt for datainnsamling og analysen av datamaterialet.

### **4.1 Valg av metode**

For å besvare problemstillingen i denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode. Bakgrunnen for dette valget er at kvalitativ metode har til hensikt å få en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard 2002). Ifølge Silverman (2006) kan man også bruke kvantitative målemetoder i kvalitativ forskning, men de kvantitative metodene kan ha noen mangler i forbindelse med å belyse samfunnsvitenskapelige temaer. Kvantitativ metode gir ikke mulighet til å observere og enkelte områder ved



samfunnsvitenskapelige områder lar seg ikke måle ved hjelp av statistikk (ibid). En fordel med kvalitativ metode er at den gir mulighet til å studere fenomener som er utilgjengelig på andre måter. Kvalitativ metode går i dybden på et tema, og kan belyse et fenomen opp i mot den konteksten fenomenet inngår i (Thagaard 2002). Med tanke på at samarbeid på tvers av profesjoner er noe som foregår i en sosial kontekst valgte jeg derfor å benytte meg av kvalitativ metode. Styrken ved kvalitativ metode er ifølge Silverman (2006) at man får muligheten til å få direkte tilgang på hva som skjer.

Innenfor kvalitativ metode kunne det ut ifra min problemstilling vært et naturlig valg å bruke observasjon. I startfasen av oppgaven vurderte jeg derfor denne metoden. Med tanke på at forskeren ved bruk av observasjonsmetode er tilstede i de situasjonene hvor informantene oppholder seg, og derfor får et eget blikk på hvordan personene handler (Thagaard 2002) kunne det derfor vært nyttig å observere hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet foregikk. Ved bruk av observasjon ville jeg fått innblikk i hva informantene *faktisk* gjør i det tverrprofesjonelle samarbeidet og ikke bare hva de *sier* at de gjør. Å kombinere både observasjon og intervju som metode kunne vært en god måte å komplimentere problemstillingen på. Dette fordi man da hadde fått muligheten til å se på både hva informantene mener og opplever rundt det tverrprofesjonelle samarbeidet og hvordan samarbeidet *faktisk* foregår. På bakgrunn av oppgavens omfang har jeg dessverre ikke hatt mulighet til å kombinere to ulike metoder.

På bakgrunn av oppgavens problemstilling var jeg opptatt av å finne ut av hva som gjør at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt. For å ha best mulig forutsetning for å si noe om dette var det derfor naturlig å snakke med profesjonsutøverne om hva som ligger bak det vellykkede samarbeidet. Et forskningsintervju har som formål å skape ny kunnskap om et tema (Kvale og Brinkmann 2009). Målet med oppgaven min er å få frem hva som skaper et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Bak dette ligger også en interesse for å forstå hva de ulike aktørene tenker og hvordan de forholder seg til andre i samarbeidet. Ved bruk av intervju får man tilgang på aktørenes syn, holdninger og oppfatninger (Silverman 2006). Intervjuets styrke er også at det gir en privilegert tilgang til informantens dagligverden (Kvale og Brinkmann 2009). Derfor har jeg valgt intervju som metode som skal gi utfyllende svar og informasjon om hva som skaper et

godt tverrprofesjonelt samarbeid. Selv om det kvalitative forskningsintervju kan kritiseres for å være for subjektivt (Kvale og Brinkmann 2009) er likevel formålet ved denne oppgaven å forstå ulike perspektiver av informantens arbeidsliv. I oppgaven min er jeg opptatt av å finne ut hvilke metoder og strategier som ligger til grunn for et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Ved å bruke intervju kommer det frem informasjon om hvordan informantene opplever å være en del av et tverrprofesjonelt samarbeid, samtidig som det også gir noe informasjon om hva som skjer i det daglige samarbeidet. Derfor gir intervju som metode i denne oppgaven en god forutsetning for å besvare problemstillingen.

Det finnes ulike former for forskningsintervju (Silverman 2006). I oppgaven min har jeg valgt et semistrukturert intervju. Et semistrukturert intervju er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men innebærer at spørsmålene er laget på forhånd, men med muligheter for oppfølgingsspørsmål dersom informanten kommer inn på temaer som er interessant for oppgaven (Kvale og Brinkmann 2009). Semistrukturerte intervjuer brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (ibid) og med tanke på at det i min oppgave var viktig å få frem hvilke faktorer profesjonsdeltakerne opplever som viktig for å samarbeide godt var det derfor viktig å velge denne intervjuformen. Fordelen med et semistrukturert intervju er å kunne stille de samme spørsmålene til alle informantene, for deretter å kunne sammenligne svarene i ettertid (Thagaard 2002). Underveis i intervjuet kan man også komme inn på temaer som er relevant for oppgaven men som ikke er en del av de forberedte spørsmålene, derfor er det også i semistrukturerte intervjuer en fordel å ha muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. For å belyse problemstillingen på en best mulig måte er det også viktig for meg å kunne gå i dybden på temaet, noe jeg gjennom semistrukturerte intervjuer får muligheten til, særlig også med tanke på at det er et begrenset antall informanter. For å få informantene til å reflektere over temaet og gi fylldige svar, valgte jeg også å lage spørsmål som oppfordret informantene til å reflektere over spørsmålene. Spørsmål som gikk direkte på eksempler i forhold til utsagn ble også brukt hos informantene for å gå dypere inn på de ulike temaene. Denne metoden er med på å tydeliggjøre informantens holdninger overfor tema og viktig i forhold til den informasjonen jeg får gjennom intervjuet (Thagaard 2002).

## 4.2 Kvalitetsvurdering

Et viktig mål ved kvalitative studier er at forskningen skal oppfattes som valid, et begrep som i den kvalitative forskningen betegnes som troverdighet (Thagaard 2002: 169). For å oppfylle kravet om troverdighet i forskningen er det derfor viktig å se på i hvilken grad forskningen er utført på en tillitsvekkende måte (ibid). Validitet er sentralt for å kunne evaluere forskningsprosessen (Silverman 2006). Feilkilder må derfor undersøkes for å vite om kunnskapen som er skapt i oppgaven er troverdig. For å sikre at mitt forskningsprosjekt oppfyller kravene til troverdighet vil dette videre bli drøftet opp i mot de ulike prosessene i mitt forskningsprosjekt.

### 4.2.1 Utvalg

Informantene jeg har intervjuet er plukket ut på bakgrunn av egenskaper eller kvalifikasjoner som er relevante for min problemstilling, dette kalles ifølge Thagaard (2002) et strategisk utvalg. Jeg fikk tak i informanter ved å kontakte ledelsen ved et av Norges Universitetssykehus. På bakgrunn av oppgavens problemstilling anså de tematikken som nødvendig og viktig og jeg fikk derfor positiv respons. Sykehuset plukket ut et tverrfaglig team på bakgrunn av noen kriterier jeg hadde ønsket meg, og disse var som følger:

- Informantene jobber sammen i et tverrfaglig samarbeid over en lengre tidsperiode
- Profesjonskunnskapen til de ulike informantene er årsaken til at de ulike er blitt plassert i dette tverrfaglige samarbeidet.
- Utgangspunktet er derfor at de jobber med konkrete faglige spørsmål knyttet til en eller flere problemstillinger som skal løses
- Informantene jobber kontinuerlig sammen
- Informantene har lengre erfaring med å jobbe i tverrfaglig team
- Informantene tilhører ulike profesjonsgrupper

I tillegg til de nevnte preferansene ønsket jeg meg også informanter fra noen spesifikke profesjoner. Dette gjorde jeg nettopp for å få en viss ulikhet mellom de ulike

informantene, og at informantene hadde en profesjonsutdannelse på minimum tre år. På bakgrunn av disse ønskene endte jeg derfor opp med en overlege, en spesialsykepleier og en sosionom som alle sammen oppfylte kriteriene nevnt ovenfor. Jeg valgte også å intervju tre aktører innenfor samme enhet. Bakgrunnen for dette valget var å ha mulighet til å se på det tverrprofesjonelle samarbeidet fra de ulike informantenes perspektiv. Et helhetlig bilde av de ulike aktørenes oppfattelse og tanker om det tverrprofesjonelle samarbeidet mener jeg kan være med på å forsterke troverdigheten til informasjonen som blir gitt under intervjuene.

På bakgrunn av oppgavens omfang og en begrenset tidsramme anså jeg tre eller fire intervjuer som realistisk å gjennomføre. Jeg valgte derfor ut tre informanter som er typiske for sammensetningen i det tverrprofesjonelle samarbeidet som eksisterer på den aktuelle enheten, slik at utvalget gjenspeilet typiske samarbeidssituasjoner. Jeg har mange ganger stilt meg spørsmålet om dette er et godt nok grunnlag å trekke slutninger på, men ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er antallet informanter avhengig av formålet med intervjuet. Med tanke på at formål med oppgaven og problemstillingen var å gå i dybden på hva som skaper et godt tverrprofesjonelt samarbeid, og ikke å generalisere funnene anså jeg derfor et utvalg på tre som hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Jeg tror derfor de utvalgte informantene er et representativt utvalg for å belyse de typiske arbeidskonstellasjoner på tvers av profesjoner som eksisterer i den enheten informantene tilhører. Dette fordi hensikten i min oppgave er å gå i dybden på hva som skaper et godt tverrprofesjonelt samarbeid i lys av teoretiske perspektivene.

Med troverdighet mener Thagaard (2002) at forskningen som utføres skal gjøres på en måte som gir tillit til både forsker og informant. Informantene var ikke bekjente av meg fra før, noe jeg tror er med på å forsterke at jeg som intervjuer ikke hadde noen innvirkning på troverdigheten på informasjonen som ble gitt. Samtidig kan man aldri være helt sikker på at intervjuer ikke har innvirkning på informantens svar da det i dybdeintervju alltid vil være en mulighet for at intervjuer kan påvirke informantens svar (ibid). Informantene i oppgaven min er tre erfarne aktører innen helsevesenet. Jeg som intervjuer er en ung student og spriket mellom meg og informantene kan føre til at informantene jeg intervjuet hadde full kontroll. Jeg kan derfor ikke vite med sikkerhet om jeg fikk med meg alt som var viktig og relevant i forbindelse med oppgavens tema. På

en annen side kan det at jeg som intervjuer kommer utenifra og ikke står i noen maktforhold til informantene ha bidratt til at informantene åpnet seg mer i intervjuet. Med tanke på at jeg kom utenifra og ikke tilhører helsesektoren, kan denne faktoren også bidra til at informantene følte at de kunne snakke fritt.

#### **4.2.2 Intervjuguide**

Å designe en intervjuundersøkelse omfatter å planlegge undersøkelsens prosedyrer (Kvale og Brinkmann 2009: 125). Kvaliteten på intervjuet har også stor betydning for kvaliteten på den senere analyseringen (Thagaard 2002). Derfor brukte jeg mye tid på å forberede og strukturere intervjuguiden. Formålet ved oppgaven har dannet grunnlaget for intervjuguiden. Det vil si at intervjuguiden min er laget på bakgrunn av problemstillingen min og de to teoriene til Paul Carlile og Ann Edwards. For å sikre at det er en koherens mellom problemstillingen og teoriene i oppgaven har jeg derfor brukt lang tid på å undersøke om spørsmålene er hensiktsmessige og får frem relevant informasjon i henhold til formålet med oppgaven.

Før gjennomføringen av intervjuene laget jeg en semistrukturert intervjuguide, det vil si at den inneholdt en oversikt over temaer som skulle dekkes og forslag til spørsmål. Samtidig åpnet intervjuguiden også opp for oppfølgingsspørsmål hvis det var temaer informantene kom inn på som var relevante for oppgaven. Intervjuguiden er delt inn i tre hovedområder. Den første delen handler om spørsmål som fokuserer på de spesifikke profesjonenes rolle i kunnskapssamarbeidet, den andre delen er knyttet til hva som er med på å hindre deling av kunnskap i samarbeid på tvers av profesjoner, mens den tredje og siste delen består av spørsmål knyttet til mer konkrete strategier og metoder for hvordan de ulike informantene drar nytte av hverandres kunnskap i det daglige tverrprofesjonelle samarbeidet. Tanken bak denne inndelingen var å få et bilde av hvilke roller de ulike profesjonsdeltakerne hadde i det daglige samarbeidet for å få innsikt og kunnskap om det daglige samarbeidet. Dette ønsket jeg å gjøre for å ha en bedre forutsetning for å stille de mest konkrete og praksisnære spørsmålene knyttet til

barrierer og strategier i samarbeidet. De teoretiske perspektivene til Carlile og Edwards ble lagt til grunn for utformingen av de to siste delene av intervjuguiden.

Informantene har krav på å kjenne til formålet med intervjuene og oppgaven (Silverman 2006). Derfor informerte jeg informantene om tema for oppgaven og på hvilken måte jeg tenkte å bruke den informasjonen de ga meg. Ifølge Thagaard (2002) kan dette i noen tilfeller skape dilemmaer. Det vil si at for detaljert informasjon kan påvirke atferden og svarene til informantene. I mitt tilfelle vurderte jeg det frem og tilbake og konkluderte med at jeg ønsket å informere informantene. Bakgrunnen for dette valget var at jeg anså noen av mine temaer i intervjuguiden som noe abstrakte, og for å være sikker på at jeg fikk relevant data ønsket jeg derfor å fortelle litt rundt de ulike temaene slik at jeg var sikker på at informantene forsto hvilket område jeg ønsket informasjon om og at vi derfor snakket om det samme.

Spørsmålene i intervjuguiden bør vurderes både opp imot en tematisk og en dynamisk dimensjon (Kvale og Brinkmann 2009). Tematiske spørsmål har til hensikt å skape ny kunnskap, mens dynamiske spørsmål skaper en god mellommenneskelig relasjon mellom intervjuer og informant (ibid). I intervjuguiden min ble spørsmålene formulert på bakgrunn av de teoretiske perspektivene i oppgaven, slik at jeg i senere tid kunne sammenligne svarene opp i mot Carlile og Edwards sitt syn på samarbeid på tvers av profesjoner. I henhold til det dynamiske hensynet er spørsmålene i intervjuguiden også formulert som åpne. Det vil si at spørsmålene er formulert med ordet hvordan eller på hvilken måte for å oppmuntre til en god dialog mellom meg som intervjuer og informantene. Dynamiske spørsmål skal skape et positivt samspill, holde samtalen i gang og stimulere intervjupersonene til å snakke om sine opplevelser (Kvale og Brinkmann 2009: 144).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) bør spørsmålene i en intervjuguide være korte og enkle. Spørsmålene i intervjuguiden ble derfor formulert på en enkel og forståelig måte. Det vil si at teoretiske fagbegreper ble omgjort til et mer dagligdags språk som informantene enkelt kunne forstå. Noen av spørsmålene i intervjuguiden var rettet mot konkrete eksempler på ulike verktøy eller metoder de ulike informantene bruker i det daglige tverrprofesjonelle samarbeidet. Dette er med på å løfte frem hva de ulike

informantene faktisk gjør, og ikke bare hva de mener og sier. Ifølge Lincoln og Guba (1985) er det viktig å spørre etter meningen bak de ulike informantenes påstander og forklaringer for å være sikker på at man forstår det informantene snakker om. Dette er med på sikre at hvis en annen forsker hadde forsket på de samme temaene ville også han eller hun fått de samme resultatene. Å få innsyn i konkrete eksempler kan også være med på å gi meg som intervjuer konkrete eksempler å belyse informantenes påstand opp i mot (Thagaard 2002). Underveis i intervjuet stilte jeg også oppfølgingsspørsmål til de temaene informantene snakket om som det ikke var forberedt spørsmål til, men som likevel var relevant for problemstillingen. Også her ba jeg om eksempler på ulike meninger og holdninger informantene hadde. Like viktig som å stille spørsmålene på en god måte er det også å være en aktiv lytter (ibid). Når informantene kom inn på områder som det ikke var forberedt spørsmål til men som allikevel var aktuelt å finne ut mer om stilte jeg også spørsmål knyttet til dette.

#### **4.2.3 Gjennomføring av intervjuene**

Før jeg gjennomførte intervjuene foretok jeg to pilotintervjuer for å prøve ut intervjuguiden. Det vil si å finne ut om intervju spørsmålene var forståelige og hva lengden på intervjuet ville bli. Jeg gjennomførte disse pilotintervjuene på to personer som jobber innenfor helsesektoren, dette gjorde jeg bevisst for å undersøke om spørsmålene egnet seg for denne typen informanter. Jeg fikk derfor en forståelse for hvilke spørsmål som egnet seg å spørre, hvordan jeg på best mulig måte kunne stille de og hva jeg rakk å ta med på bakgrunn av den tiden som var satt av til intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført 20. februar og foregikk på arbeidsplassen til informantene. Da informantene holder til på samme enhet spurte jeg om å få lov til å gjennomføre intervjuene der. Dette gjorde jeg for å skape en trygg atmosfære i intervjusituasjonen. Et overordnet mål med intervjusituasjonen er ifølge Thagaard (2002) å skape en tillitsfull og fortrolig atmosfære. Dette skal bidra til at informantene åpner seg om de temaene som er relevante for oppgaven. Tanken var at hvis informantene befant seg i trygge og faste omgivelser ville dette muligens skape en trygghet i intervjusituasjonen, og at jeg

derfor kunne få frem mest mulig av den relevante informasjonen som de ulike informantene hadde. Jeg opplevde informantene som trygge og komfortable i intervju situasjonen. Det ble satt av en dag til å gjennomføre de tre intervjuene og jeg fikk tildelt et rom på deres arbeidsplass som jeg kunne disponere hele dagen, både til intervjuene og som pausested mellom intervjuene. Med tanke på at jeg fikk oppholde meg på informantenes arbeidsplass fikk jeg også være med som en del av informantenes arbeidsdag. Jeg ble invitert med for å spise lunsj og vi hadde fine uformelle samtaler. Dette tror jeg var med på å skape en god atmosfære og trygghet både for meg som intervjuer og for informantene. Et eksempel på dette var da jeg satt i fellesrommet mellom to av intervjuene. Da kom den ene informanten bort til meg og viste meg et eksempel på noe han hadde henvist til i en samtale vi hadde hatt under intervjuet. På den måten fikk jeg dermed også et eget blikk på noen av de beskrivelsene og tilfellene som informantene hadde beskrevet i intervjuene.

Oppstarten av et intervju er avgjørende, informanten vil gjerne ha en klar oppfatning av intervjueren før de skal begynne å snakke dyptgående om et tema (Kvale og Brinkmann 2009). Derfor informerte jeg informantene om hvem jeg var og litt om min bakgrunn. Jeg fortalte at all informasjon de måtte komme med under intervjuet var fortrolig, at informantene var anonyme og at all informasjon som kom frem i intervjuene ville bli anonymisert i oppgaven og slettet da oppgaven blir ferdigstilt. Dette er også i tråd med god etisk forskningspraksis der det fremheves at de som er med i slike prosjekt har krav på at all informasjonen de gir blir behandlet konfidensielt (Thagaard 2002).

Informantene ble også informert om at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg fra intervjuet og la være å svare på spørsmål, dette er også i tråd med de etiske forskningsprinsippene (ibid). Informantene ble både før og etter intervjuet var ferdig spurt om de hadde noen spørsmål. På slutten av intervjuet oppsummerte jeg hvilke temaer om tverrprofesjonelt samarbeid vi hadde vært inne på og om de hadde noe de ønsket å tilføye. Dette avslutningsspørsmålet fikk frem mer informasjon om temaet som tidligere i intervjuene ikke hadde kommet frem, samtidig som det kom frem noen tanker fra informantene om intervjuet. Dette kalles ifølge Kvale og Brinkmann (2009) for en debriefing. Informantene ble også sendt et samtykkeskjema der de skrev under på og godkjente å være med på forskningsprosjektet (se vedlegg). Ifølge Thagaard (2002: 23)



sier reglene at "forskningsprosjekter som forutsetter aktiv deltakelse skal settes i gang etter deltakernes informerte og frie samtykke".

Forsøk alltid å ta opp intervjuene (Silverman 2006), derfor brukte jeg båndopptaker under intervjuene. Før intervjuet begynte forsikret jeg meg om at det var greit for de ulike informantene at jeg brukte dette, og hvorfor jeg ønsket å gjøre det. Å bruke båndopptaker kan i noen tilfeller gi et intervju et formelt preg (Thagaard 2002). Likevel vurderte jeg det dit hen at fordelene ved å bruke dette hjelpemiddelet ville være berikende for kvaliteten på dataene, da jeg ved å bruke båndopptaker fikk muligheten til å transkribere intervjuene i etterkant (ibid). Å transkribere betyr at intervjuet ordrett blir skrevet ned i skriftlig form (Kvale og Brinkmann 2009). Fordelen med båndopptaker er at alt som sies blir bevart helt ordrett, ingen informasjon går tapt på grunn av mangel på tid til å notere, og jeg kunne fullt og helt konsentrere meg om å følge med på det informanten sa, stille oppfølgingsspørsmål og samtidig følge med på informantenes reaksjoner (ibid). Å transkribere gir en bedre oversikt over informasjonen. Når et intervju transkriberes vil intervjusamtalene struktureres slik at de også er bedre egnet for analyse (Thagaard 2002). Det ville også blitt vanskelig å få fylldige svar dersom jeg skulle skrevet mye under intervjuet. Det ville heller ikke blitt lett å komme med oppfølgingsspørsmål, da mye av konsentrasjonen hadde gått med på å skrive. Selv om det i ettertid vil være mer tidkrevende å analysere opp et transkribert datamateriale fremfor egne notater underveis, så jeg likevel i denne oppgaven fordelene ved å gjøre det på denne måten. I kvalitativ forskning er transkribering en del av analysearbeidet. Forskeren har også mindre påvirkning på tolkningen av informasjonen når intervjuet transkriberes (ibid). Følelser og tanker intervjuer har under intervjuet, vil ikke være med på å forme resultatet i like høy grad dersom man transkriberer intervjuene (Thagaard 2002).

Selv om det er nyttig å bruke båndopptaker som et hjelpemiddel for å få med så mye informasjon som mulig er det likevel viktig å være bevisst på noen ulemper. En feilkilde som kan være med på å påvirke reliabiliteten ved bruk av båndopptaker kan være i tolkningen av datamaterialet. Avgjørende pauser, kroppsbevegelser og lignende bevegelser kan være av stor betydning for meningen av det informantene sier. Derfor

hadde jeg under intervjuet en notatblokk med intervju spørsmålene hvor jeg noterte faktorer som kunne ha betydning for dataene.

#### **4.2.4 Begrensninger ved denne metoden**

Selv om kvalitativ metode og intervju er en hensiktsmessig metode å benytte seg av i mitt tilfelle, vil det likevel være noen begrensninger knyttet til dette valget. For det første, vil det ved bruk av intervjuer være en fare for at informantene idealiserer praksis for å stille seg selv i et positivt lys. Et annet men relatert poeng er at det alltid vil være begrenset hvor mye informasjon man får ut av et enkelt intervju. Som nevnt ovenfor, ville noen av disse begrensningene kunne modereres ved for eksempel å kombinere intervjuer med observasjon, om man hadde hatt et forskningsprosjekt av større omfang. En annen mulighet kunne være å foreta flere intervjuer med samme informanter over tid. Gitt begrensningene ved dette prosjektet, er undersøkelsen som er gjengitt her av eksplorerende og tentativ karakter. Likevel håper jeg at den kan bidra til å vise hvordan de valgte perspektivene kan brukes til å belyse tverrfaglig samarbeid i helsesektoren, og hvordan bestemte former for samhandling blant profesjonsutøvere kan bidra til å overkomme kunnskapsbarrierer.

### **4.3 Empirisk kontekst**

Informantene er hentet fra et psykiatrisk senter som tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor psykiske lidelser. Enheten tilhører og er en avdeling under et av Norges Universitetssykehus. Enheten har et tverrfaglig sammensatt fagmiljø som består av psykiatriske sykepleiere, ergoterapeut, lege, psykologer og sosionomer. Enheten har som hovedoppgave å vurdere henvisninger til den tilhørende poliklinikken. Enheten består av 12 personer. På bakgrunn av størrelsen på enheten er det stort sett de samme menneskene som forholder seg til hverandre i det daglige. Det er både dagskift og

kveldsskift, og det er ulike profesjoner tilstede på de ulike vaktene. På dagvakt er det 6 personer tilstede. I løpet av en uke er alle de ansatte i enheten innom arbeidsplassen.

Enheten mottar henvendelser daglig og det er en vaktfunksjon som mottar disse henvendelsene. På morgenen er det to personer som mottar disse i en vaktfunksjon. Det rulleres på hvem som har vakt, noe som vil si at alle profesjoner i enheten er representert i denne funksjonen. Legen er et unntak og er fritatt fra denne posisjonen på bakgrunn av høy arbeidsbelastning. Uavhengig av profesjonstilhørighet gjør alle i denne funksjonen den samme jobben. Saker kommer inn og det gjøres en kartlegging og en førstehåndsvurdering i vaktfunksjonen. Videre diskuteres sakene på morgenmøtene og det bestemmes da videre hvem som skal gjøre hva med sakene. På morgenmøter er alle profesjonsgruppene representert.

#### **4.4 Databehandling og analysestrategi**

Troverdigheten i et forskningsprosjekt er nært knyttet til at forskeren gjør rede for hvordan data utvikles (Thagaard 2002: 170). Derfor vil det videre bli gjort nærmere rede for hvordan mine data er analysert opp i etterkant av intervjuene. Ved bruk av intervjumetode består datamaterialet av de transkriberte intervjuene. Derfor er det også viktig å ha kunnskap om hvordan dette materialet skal brukes og analyseres opp i ettertid. For å sikre validitet i et transkribert datamateriale avhenger dette i stor grad av hvordan datamaterialet er analysert. En god analyse av et datamateriale fordrer derfor en god analytisk tilnærming (ibid). For å sikre reliabiliteten i oppgaven er en gjennomtenkt og presis analysestrategi nødvendig (Silverman 2006 og DeCuir-Gunby m.fl. 2011).

For å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene om hvordan strategiene informantene beskriver som medierer det tverrprofesjonelle samarbeidet kan ses i lys av teorien til Carlile (2004) og Edwards (2010), har jeg foretatt meg en teoretisk analyse av disse funnene. Det vil si at jeg har plukket meg ut sentrale deler av de to teoretiske rammeverkene og analysert funnene i empirien i lys av disse. Å velge

noen sentrale analysebegreper vil berike analysen av datamaterialet (DeCuir-Gunby m.fl. 2011). Det vil si at man velger noen sentrale begreper eller konsepter som man bruker som verktøy for å analysere datamaterialet. En meningsfortolkning vil derfor bli benyttet i analysen av informantenes sitater. Meningsfortolkning innebærer en dypere og kritisk fortolkning av meningsinnholdet av datamaterialet som går utover det som direkte blir sagt (Kvale og Brinkmann 2009). Dette gjør jeg for å finne frem til en grundigere tolkning og betydning av det informantene siterer til. Ifølge DeCuir-Gunby m.fl. (2011) bør de utvalgte teoretiske begrepene være sterkt knyttet til den teorien som skal belyse empirien. Basert på Carlile og Edwards har jeg derfor plukket ut de begreper jeg mener gir den beste forutsetningen for å svare på problemstillingen og basert på det som står sentralt i deres teori på tverrprofesjonelt samarbeid. I noen tilfeller kan validiteten ved forskning bli svekket av at forskeren ikke har forholdt seg til annen relevant forskning og lignende situasjoner (Silverman 2006). Derfor har jeg i neste steg av analysen sett på de sentrale funnene som kommer frem i lys av teorien og diskutert disse opp mot tidligere forskning. Hensikten ved å inkludere dette er å bidra til en bredere forståelse av empirien.

For å kunne svare på problemstillingen i oppgaven som spør etter hvilke strategier som skaper et godt tverrprofesjonelt samarbeid, er det nødvendig med en nærmere beskrivelse av hvordan begrepet strategier forstås i denne oppgaven. Med begrepet strategier menes de metodene som benyttes for å dele kunnskap og skape en god samhandling i det daglige tverrprofesjonelle samarbeidet. Når Edwards (2005) beskriver hva som skaper en god profesjonsutøver beskriver hun også hvilke egenskaper som skal til for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid. I hovedsak innebærer dette å tydeliggjøre den kunnskapen man bringer inn i et samarbeid og argumentere for sitt perspektiv og ekspertise i lys av denne kunnskapen. Samtidig hevder hun det er like viktig å anerkjenne, være åpen for og respektere den kunnskapen og ekspertisen som andre bringer til bordet. De to egenskapene skal sammen skape en god 'relational practioner' og en utvidet respons i arbeid med å løse komplekse problemstillinger (Edwards 2010). Carlile (2004) beskriver også i sin teori hva som skal til for å overkomme kunnskapsbarrierer i samarbeid mellom ulike fagdisipliner. Metodene han hevder er viktige for å overkomme kunnskapsgrensene er å identifisere ulikheten, skape et felles språk, synliggjøre ulike perspektiver og tolkninger og skape en

felles forståelse og mening. Formålet i denne oppgaven er derfor å forstå strategier i lys av disse to perspektivene og deres forståelse av hva som skal til for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Derfor vil jeg i analysen av de empiriske funnene se på strategier i lys av Edwards (2005 og 2010) og Carlile (2004) sine beskrivelser av dette.

Avslutningsvis er det nødvendig å nevne at jeg i analysearbeidet har benyttet meg av en metode som kalles meningsfortetting. Datamaterialet er omfattende og det er på bakgrunn av oppgavens omfang ikke mulig å gjengi alle relevante sitater fra informantene. Meningsfortetting innebærer en forkortelse av intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer (Kvale og Brinkmann 2009: 212). I tillegg til sitater vil også kortere gjengivelser av informantenes relevante uttalelser bli gjengitt underveis i analysearbeidet.

## **5 Analyse**

I dette kapittelet vil strategiene som informantene opplever å støtte opp under det tverrprofesjonelle samarbeidet, bli sett på i lys av Carlile (2004) sitt perspektiv på hvordan å overkomme kunnskapsgrenser. Deretter vil det samme bli gjort i lys av Edwards (2010) sitt 'relational practioner' perspektiv.

### **5.1 Strategier for å overkomme kunnskapsgrenser**

#### **5.1.1 Syntaktiske kunnskapsgrenser**

Syntaktiske kunnskapsgrenser oppstår i tverrprofesjonelle samarbeid på bakgrunn av blant annet ulikt språk, og en viktig strategi for å overkomme syntaktiske kunnskapsbarrierer er å identifisere ulikheten og å skape et felles språk (Carlile 2004). Legen viser ved følgende sitat at ulikheten mellom profesjonsutøverne er identifisert, og at de har utviklet strategier for å overkomme slike kunnskapsbarrierer:

” Når jeg snakker med de som har treårig høyskole så vet jeg jo som regel hva de kan og ikke kan så jeg bruker jo egentlig ikke det språket når jeg snakker med dem. Men når jeg snakker med sykehuset eller skal henvise så må jeg jo bruke det språket som mottakeren bruker. Og sånn som i dag så skulle jeg henvise til en hudlege, så da må jeg jo bruke det hudlege språket og de ordene som doktorene bruker om slike tilstander hvis ikke så ville jo heller ikke hudlegen forstått noe. Og til en medisinsk avdeling skriver jeg heller korte stikkord sånn man gjør i det somatiske. Og hvis jeg snakker med NAV eller sosialkontor så må jeg jo bruke deres språk”.

Vi kan her se av legens sitat at han ikke unngår å bruke et vanskelig fagspråk i noen tilfeller fordi noen av begrepene er viktige elementer i diagnosesystemene og for å kommunisere til andre behandlere. Eksempelet ovenfor viser derfor hvordan enkelte prosesser innenfor enheten er basert på et faglig språk som kun noen av profesjonsgruppene behersker, som ifølge Carlile (2004) skaper syntaktiske kunnskapsgrenser. Legen beskriver også at det finnes ulikheter i språket mellom de med høyskoleutdanning, hudlegene, medisinske avdelinger og de som jobber i NAV. I det legen her beskriver viser han at det eksisterer ulikheter mellom profesjonsutøverne på enheten han jobber, men også en ulikhet til profesjonsutøvere han samarbeider med utenfor enheten. Selv om noe av det medisinske språket er viktig i diagnosesystemene, viser likevel sitatet at legen forsøker å unngå å bruke et medisinsk krevende språk i kommunikasjonen med de høyskoleutdannede, noe som kan tyde på at ulikheten er identifisert slik Carlile (2004) hevder er en viktig strategi for å overkomme syntaktiske kunnskapsbarrierer. På bakgrunn av ulikheten viser han derfor til at han har utviklet forskjellige språklige strategier når han kommuniserer med de ulike profesjonsgruppene for å gjøre han og de andre i det tverrprofesjonelle samarbeidet i stand til å overkomme de syntaktiske kunnskapsgrensene.

Følgende sitat fra sosionomen viser et eksempel på en annen tilnærming og strategi som benyttes for å overkomme de syntaktiske kunnskapsbarrierene:

” Jeg tror jo at etter hvert som man jobber i samme system over tid så vil den fagsjargongen jevnes ut. Det er jo liksom noe du bruker til daglig. Men jeg tror jo at det tar litt tid å komme inn i det”.

Sosionomen beskriver i dette sitatet at det eksisterer en ulikhet i samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper. Samtidig viser hun også til at denne ulikheten blir mindre tydelig og at den jevnes ut etter hvert som man samarbeider over en lengere tidsperiode. Det vil si at et daglig samarbeid og en kontinuitet i det tverrprofesjonelle samarbeidet skaper et felles språk på tvers av profesjonsgrensene og derfor er med på å bidra til å overkomme de syntaktiske kunnskapsgrensene.

På spørsmål om hvordan vanskelige begreper blir håndtert i det daglige samarbeidet svarer sosionomen følgende:

” Ja, altså det kommer de ingen vei med her. Hvis de kommer med noen sånne begrep så må vi bare spørre hva det betyr, og om de kan si det på en annen måte. Det er jo klart at det finnes ulike ting, sånn som jeg har jo veldig lite greie på somatikk for eksempel, men selvfølgelig så tilegner man seg jo en kompetanse etter hvert som man jobber med hverandre, og man lærer jo masse av hverandre og man lærer jo mye av å være i kontakt med pasientene også. Men da tenker jeg jo at man da tilnærmer seg hverandre, så man på en måte får et felles språk. Og hvis det er noe man ikke skjønner og noen fagsjargonger så spør vi bare”.

Her beskriver sosionomen at faglige begreper og vanskelig språk ikke har en sentral rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet som sosionomen er en del av. Når slike fagbegreper eller medisinsk språk dukker opp, kan det se ut til at de har utviklet enkle grep for å overkomme disse barrierene, som for eksempel å bare spørre hva de ulike begrepene betyr. I likhet med sitatet nevnt ovenfor understrekes det igjen gjennom dette sitatet at kontinuitet er en viktig strategi for å skape et felles språk. Men av det sistnevnte sitatet fremgår det at enkle grep og strategier for å skape et felles språk er å spørre og lære nye begreper når det er noe man ikke forstår. På den måten tyder sitatet ovenfor på at en annen viktig strategi for å overkomme de syntaktiske kunnskapsbarrierene er å tørre å spørre når man ikke forstår, lære seg nye begreper som gjør en i stand til å forstå eventuelle fagbegreper som senere skulle dukke opp igjen og basert på dette skape et felles språk.

### 5.1.2 Semantiske kunnskapsgrenser

Semantiske kunnskapsgrenser oppstår som følge av ulike tolkninger, betydninger og meninger mellom deltakere i et tverrprofesjonelt samarbeid. Strategier for å overkomme slike grenser er å synliggjøre deltakere sine perspektiver og tolkninger og at man i felleskap oversetter kunnskapen til en felles forståelse og mening (Carlile 2004). Av funnene som kommer frem i intervjuene er det tydelig at ulikheten fremstår som en styrke i det tverrprofesjonelle samarbeidet fremfor å være en barriere. Et eksempel på dette er sosionomens beskrivelse av ulikheten:

”Jeg tenker jo at det at man har ulike perspektiver selvfølgelig er en utfordring men det er nødvendig og. Det er en forutsetning”.

På spørsmål til legen om han synes ulikheten kan fungere som et hinder forklarer han:

”Det er jo det som er guleroten her, god tilgang til mye forskjellig fagkunnskap.”

I sitatene ovenfor ser vi at både sosionomen og legen er bevisst på og anerkjenner ulikheten som befinner seg mellom profesjonsutøverne. Selv om sosionomen gjennom dette sitatet uttrykker at ulikheten kan by på utfordringer, viser både sosionomen og legen også at de begge er i en oppfattelse av at ulikheten har en mening, og det er å øke kvaliteten på behandlingen av pasientene. Legen og sosionomen viser at ulik type kunnskap er en forutsetning for god pasientbehandling og at det nettopp er ulikheten som skaper mulighet for ulik type kunnskap i behandlingen av pasientene. I så måte kan man si at sitatene ovenfor tyder på at sosionomen og legen ikke hindres av ulikheten, men at de ser at ulikheten er positivt og nødvendig for behandlingen av pasientene. Derfor kan de se ut til å ha oppnådd noe av det som skal til for å overkomme de semantiske kunnskapsgrensene, nemlig å forstå at ulikheten er en nødvendighet for å behandle pasientene.

De faglige diskusjonene fremstår i intervjuene som et viktig verktøy for å dele kunnskap. Sosionomen og sykepleierens sitater trekkes her frem som eksempler for å vise dette



”Vi har jo disse daglige møtene våre, som vi regner som hellige. Der bringes det jo inn fagkunnskap fra de forskjellige profesjonene”.

”Vi diskuterer jo ulike problemstillinger knyttet til pasientene hele tiden. Og det er gjennom fagdiskusjonene man forstår seg på de andre faggruppens profesjonskunnskap, og at gjennom diskusjonene løftes ulikheten frem og man får løftet de ulike perspektivene opp på en felles arena.”

I sitatene fremstår problemstillinger knyttet til pasientene som et utgangspunkt for de faglige diskusjonene som igjen gjør at profesjonsutøverne utvider sin forståelse for andre deltakere i samarbeidet sin profesjonskunnskap. Det fremgår også av sitatet at samtalene er med på å tydeliggjøre hvilke ulike forståelser og tilnærminger profesjonsutøverne har i forhold til pasientene. Fagdiskusjonene blir derfor fremstilt som en viktig og nødvendig strategi informantene benytter seg av for å synliggjøre sine perspektiver, tolkninger og kunnskaper på pasientene. Med tanke på at begrepet felles arena brukes i beskrivelsen av fagdiskusjonene kan det tyde på at de til en viss grad evner å løfte frem de ulike perspektivene til en felles arena og derfor også overkomme semantiske kunnskapsbarrierer.

Videre beskriver sykepleieren at fagdiskusjonene også bidrar til at de sammen skaper en felles forståelse av pasientene:

”Jeg står stadig i sånne situasjoner hvor jeg på en måte skal sette en tentativ diagnose og på en måte har låst meg litt i en tankegang om at dette tror jeg det er, også har jeg ikke tenkt differensielt i det hele tatt, også snakker jeg kanskje med en psykolog også ser hun kanskje på hva jeg har skrevet og så diskuterer vi hva som kan være sannsynlig, og da kan jeg plutselig ha en sånn ahaopplevelse hvor jeg ser at ja du har helt rett, dette var jeg helt blind for, så her kan jeg da ikke konkludere på den måten jeg i utgangspunktet tenkte”.

Her viser sykepleieren hvordan han som sykepleier og en psykolog hadde to ulike oppfattelser av en pasient, og at denne ulike oppfattelsen ikke ble tydelig før de to snakket sammen om pasienten. Det som skiller dette sitatet fra de to andre som beskriver fagdiskusjonene er at det fremgår i dette sitatet at en felles forståelse av pasienten ble skapt først når de to profesjonsutøverne hadde en felles samtale om tolkningen av pasienten. Derfor kan vi forstå av sitatet at faglige diskusjoner ikke bare er

nødvendig for å løfte frem de ulike deltakerne sine kunnskaper og perspektiver, men også en viktig forutsetning for å skape en felles meningsforståelse for å overkomme de semantiske kunnskaps grensene.

For å kunne synliggjøre og gjøre tilgjengelig kunnskap, tolkninger og meninger mellom ulike profesjonsutøvere i et samarbeid viser det seg at et annet funn i datamaterialet er sentralt i denne sammenheng. Informantene fremhever her strukturen på enheten som avgjørende. Sosionomen uttrykker det slik:

”Hvis vi for eksempel nettopp har vært i en samtale eller møte om en pasient så tar vi det med oss tilbake og fortsetter å diskutere saken på kontoret. Og hvis det sitter en psykolog der da, så kan vi bare snu oss å spørre hva hun eller han mener om den saken.”

Av dette sitatet ser vi at kunnskapen til de ulike profesjonsutøverne blir gjort tilgjengelig mellom de ulike profesjonsutøverne gjennom den fysiske strukturen på kontorene. Den fysiske strukturen ser derfor ut til å mediere kunnskapsdeling på tvers av profesjoner. På bakgrunn av de tidligere sitatene der de faglige diskusjonene blir fremstilt som helt sentrale for å synliggjøre profesjonsutøvernes kunnskap og tolkninger er det på bakgrunn av dette sitatet nærliggende å tro at den organisatoriske støtten blant annet gjennom fysisk struktur har stor innvirkning på hvordan kunnskapsdelingen tar form og derfor også av betydning for å overkomme den semantiske kunnskaps grensen.

Videre kommer det også frem at en av rutinene i enheten er å dra på hjemmebesøk til pasienter. Ved disse hjemmebesøkene reiser de alltid to personer sammen, og helst to fra ulike profesjonsgrupper. Legen forklarer det slik:

”Vi deler kunnskap når vi drar ut sammen på hjemmebesøk til en pasient. Det er jo et tverrfaglig team og man skal jo ha med seg to ulike perspektiver når man drar ut”.

Sosionomen forteller også i likhet med legen at de på vei til og fra hjemmebesøkene snakker om sykdommen eller tilstanden til pasienten, og i så måte deler den ulike profesjonskunnskapen de tror er relevant for behandling av pasienten. Selv om det er

dyrt og tidkrevende å alltid være to på hjemmebesøk mener sosionomen likevel at kvaliteten på behandlingen av pasienten blir bedre ved å være to med ulik kunnskap og perspektiver. Det legen og sosionomen forteller om hjemmebesøkene kan tyde på at hjemmebesøk til pasientene kan være en viktig rutine for å dele kunnskap og få frem ulike perspektiver på pasientene. Det kommer også frem at så langt det lar seg gjøre er det mest optimalt å ha to profesjonsutøvere fra ulike profesjonsgrupper.

Profesjonsutøverne uttrykker her at nettopp målet er å få frem ulike perspektiver på pasientene. Dermed kan det se ut til at hjemmebesøkene er viktig for å mediere kunnskapsdeling og for å få frem de ulike perspektivene på pasientene. Denne måten å jobbe på kan derfor se ut til å være et av flere verktøy for å overkomme den semantiske kunnskapsgrensen.

Sosionomen forteller at enheten består av flere personer fra samme profesjonsgruppe. Legen på sin side er alene fra sin profesjon på denne enheten, men er likevel en del av et større legenettverk på sykehuset. Hun beskriver at et fagmiljø innen samme profesjon er viktig for å holde på profesjonskunnskapen og forklarer dette på følgende måte:

”Det at man er flere fra samme profesjon, sånn at man kan hente støtte og styrke i hverandre det er med på å skape trygghet. Hvis du sitter alene som sosionom og med mange andre faggrupper så er det nok mye tøffere å fronte eget fag. Så det at man er flere og det bør optimalt sett være like mange det er bra.”

Av dette sitatet og det sosionomen beskriver ovenfor fremkommer det at de ulike profesjonsgruppene har et fagmiljø rundt seg i det daglige samarbeidet. Selv om ikke legen er en del av flere leger på sin enhet, er han likevel en del av et større nettverk av leger på sykehuset. Det kommer også frem at et slikt fagmiljø skaper en trygghet i det daglige samarbeidet. Derfor ser det ut til at denne tryggheten i et fagmiljø ser ut til å være en viktig faktor for å kunne profilere sin profesjonskunnskap i samarbeid med andre profesjonsgrupper. Og som det kommer frem ovenfor er nettopp det å få frem den ulike profesjonskunnskapen en viktig forutsetning for å overkomme den semantiske kunnskapsgrensen.

### 5.1.3 Pragmatiske kunnskapsgrenser

Pragmatiske kunnskapsgrenser oppstår som følge av ulike interesser mellom deltakere i et samarbeid og at deltakerne ikke ønsker å endre på egne praksiser. For å overkomme denne kunnskapsgrensen er det derfor viktig å gjøre den ulike kunnskapen som deltakere i et samarbeid har forståelig og deretter skape en felles praksis basert på de ulike deltakerne sine perspektiver og kunnskap (Carlile 2004). En rød tråd som går igjen i de tre intervjuene er at både legen, sosionomen og sykepleieren i det tverrprofesjonelle samarbeidet har et felles fokus og ønske om å behandle pasientene på en best mulig måte. Sosionomen gir et eksempel på et syn på det tverrprofesjonelle samarbeidet som medierer en slik tilnærming:

”Tverrfaglighet er glimrende det, og det er helt nødvendig. Men det er ikke noe poeng i at det er tverrfaglighet hvis noen opphever seg selv til å forvalte en sannhet, da er det overhode ikke noe poeng i tverrfaglighet. For da åpner man på en måte ikke for å slippe inn alternative forståelser for en problematikk, eller en annen faggruppes forståelse for en problematikk. Og det vil føre til et dårlig tilbud til de vi skal hjelpe”.

Av dette sitatet ser vi at sosionomen ser på ulikheten og det tverrfaglige perspektivet som helt nødvendig og en forutsetning for et godt tilbud til pasientene. Videre viser hun også til at det ikke hjelper å ha et tverrprofesjonelt samarbeid hvis ikke deltakerne i samarbeidet er bevisste på at andres perspektiver på pasientene kan være nyttige å inkludere i en felles behandling. Dermed kan man forstå ut ifra dette sitatet at en felles interesse om å hjelpe pasientene på en best mulig måte basert på de ulike tolkningene og perspektivene som profesjonsutøverne har, er et steg på veien for å overkomme pragmatiske kunnskapsgrenser. Dette ved at profesjonsutøverne ser nødvendigheten av å skape en felles praksis og profesjonsutøvelse basert på de ulike deltakerne i samarbeidet sine ulike interesser.

Et annet sitat fra sykepleieren viser også et eksempel på hvordan informantene forholder seg til hverandres kunnskap i det daglige samarbeidet:

”Man skal jo på en måte være ydmyk for at den forståelsen man selv har ikke nødvendigvis rommer alle sannheter, og det er alle flinke til i dette teamet, uavhengig av faggruppe, utrolig nok. Jeg vet at det høres litt ut som en solskinnshistorie, men det er veldig velfungerende dette teamet her”.

Her viser sykepleieren en evne til å være ydmyk for andres kunnskap og forståelse. Det viser ikke bare at han selv er opptatt av dette, men at også de andre profesjonsutøverne på tross av tilhørighet til profesjon er flinke til å tilnærme seg andre deltakere i samarbeidet sine forståelser med ydmykhet og respekt. Det sykepleieren her uttrykker kan derfor tyde på at profesjonsutøverne evner å endre på sin egen praksis og forståelse i behandlingen av pasienter hvis de ser at andre har et annet nyttig perspektiv. Hvis deltakere i et samarbeid mellom ulike fagdisipliner ikke ønsker å endre på egen praksis er det en fare for å skape pragmatiske kunnskapsgrenser (Carlile 2004). Sykepleierens sitat kan derfor forstås som en viktig strategi for å unngå denne potensielle kunnskapsbarrieren. Dette fordi han gjennom sitatet gir et inntrykk av at deltakerne i samarbeidet er ydmyke for at også andres kunnskap og praksis kan være positivt i behandlingen av pasientene. Fellesnevneren på de to sitatene ovenfor er derfor sett i lys av Carlile (2004) at de ønsker å utvide perspektivet, kunnskapen og tilnærmingen til pasientene når de ser at dette er positivt i behandlingen av pasientene, og at dette gjør de i stand til å overkomme de pragmatiske kunnskapsgrensen.

Videre viser sykepleieren hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet bidrar til en forståelse for behovet for felles praksis basert på de ulike profesjonsutøvernes bidrag:

”Jeg står stadig i sånne situasjoner hvor jeg på en måte skal sette en tentativ diagnose og på en måte har låst meg litt i en tankegang om at dette tror jeg det er, også har jeg ikke tenkt differensielt i det hele tatt, også snakker jeg kanskje med en psykolog også ser hun kanskje på hva jeg har skrevet og så diskuterer vi hva som kan være sannsynlig, og da kan jeg plutselig ha en sånn ahaopplevelse hvor jeg ser at ja du har helt rett, dette var jeg helt blind for, så her kan jeg da ikke konkludere på den måten jeg i utgangspunktet tenkte”.

I denne beskrivelsen viser sykepleieren at han til stadighet har annerledes perspektiv på pasientene enn det andre profesjonsutøvere har og at dette blir tydelig gjennom å diskutere pasienten med andre profesjonsutøvere. Sykepleieren viser derfor at det er et

behov for andre perspektiver i møte med pasientene. Profesjonsutøvernes evner til å se dette behovet har kommet tydelig frem av sitater nevnt tidligere hvor de viser at de har utviklet strategier for å overkomme både syntaktiske og semantiske kunnskapsgrenser. Det som skiller beskrivelsen i dette sitatet fra tidligere sitat, er at sykepleieren her ser at det er behov for å skape en felles praksis, det vil i dette tilfellet si å gi en konklusjon på pasienten basert på en felles forståelse fra de ulike profesjonsutøverne. Det ser derfor ut til at den aha-opplevelsen som sykepleieren beskriver får han til å se behovet for å skape en felles praksis. Sykepleierens forståelse av behovet for å skape en felles vurdering av pasienten basert på de ulike profesjonsutøvernes bidrag forstås som en viktig forutsetning og strategi for å overkomme den pragmatiske kunnskapsgrensen.

Legen forteller at de ønsker å lære av hverandre i det daglige samarbeidet. Han mener et resultat av læringsviljen til medlemmene av samarbeidet er at de på en bedre måte kan dele kunnskapen de ulike deltakerne i samarbeidet har. Alle de tre informantene forteller at tverrfaglighet nettopp handler om at man jobber sammen og skal utfylle hverandre. Man kan forstå ut ifra sitatene lenger opp i teksten at informantene har en ydmykhet og forståelse for den kunnskapen som de ulike profesjonsutøverne bidrar med i samarbeidet. Det legen her forteller om læringsviljen skiller seg noe fra de sitatene referert til ovenfor. Dette fordi det er et skille mellom å akseptere og forstå andre profesjonsutøvers kunnskap og til et ønske om å faktisk ville tilegne seg kunnskapen. For å overkomme den pragmatiske kunnskapsgrensen er det ikke bare viktig at kunnskapen til andre utøvere er forståelig, men at den også kan danne grunnlag for en felles praksis. Ved at legen her uttrykker at han også ønsker å lære av andre i det tverrprofesjonelle samarbeidet kan det tyde på at de i felleskap har en bedre forutsetning for å klare å skape en felles praksis hvis de andre profesjonsutøverne har satt seg inn i og lært litt om de andres kunnskap.

Informantene viser ikke bare gjennom sine syn på det tverrprofesjonelle samarbeidet hvordan de overkommer de pragmatiske kunnskapsgrensene, men også gjennom sine handlinger. Følgende sitat fra sosionomen gir et eksempel på en av disse strategiene:

”Det var en sykepleier og jeg som var på en samtale med en mann som hadde en del somatiske problemer i kombinasjon med psykiske problemer. Og da er det

noe med å skille mellom hva som er somatikk og hva som er psykiatri, og det er jo ikke alltid så lett. Og da kunne jo den sykepleieren en del om de somatiske problemstillingene som han hadde og som jo påvirket kognitiv fungering som jeg sannsynligvis ikke ville kunne vurdert på samme måte. Så da ville jeg kanskje mer fokusert på de psykiske symptomene uten å tenke så mye på at det kunne henge så mye sammen med de somatiske plagene vedkommende hadde. Så det betyr jo ikke at det ene ble feil, men man ser at det utfyller hverandre og at man da ser at vedkommende trenger en bredere utredning for eksempel, at man ikke låser seg fast. Så såne hendelser skjer stadig vekk, og gudskjelov for det. For det er jo nettopp det som er poenget. Hvis ikke så kunne jeg jo like gjerne hatt samtalen selv”.

Vi kan her se hvordan to profesjonsutøvernes møte med en pasient skapte to ulike tolkninger, og at måten de to profesjonsutøverne her tilnærmer seg pasienten på blir sett på som nyttige perspektiver. Det kommer også frem at de to perspektivene de har ikke blir sett på som tilstrekkelige for å utrede pasienten slik det kanskje er behov for. Denne måten å tilnærme seg pasienten på viser at de ser at en ny utredning basert på mer profesjonskunnskap skal til for å utrede pasienten videre og at de derfor må utvikle en ny og felles praksis basert på flere profesjonsutøveres kunnskap. Informantene ser ut til å skape en felles praksis på bakgrunn av de ulike perspektivene og den ulike profesjonskunnskapen som de ulike profesjonsutøverne i samarbeidet har. Dette er nært knyttet til en av de strategiene Carlile (2004) hevder er nødvendig for å overkomme de pragmatiske kunnskaps grensene, nettopp å transformere og omarbeide kunnskapen til en felles forståelse og utøvelse av praksis. I så måte kan man også argumentere for at profesjonsutøverne er klar over at de står i et avhengighetsforhold til hverandre på bakgrunn av den ulike kunnskapen de har slik Carlile (2004) hevder nettopp er tilfelle i samarbeid mellom ulike fagdisipliner. Denne måten å se på pasienten og hverandres kunnskap gjør de derfor i stand til å overkomme den pragmatiske kunnskaps grensen.

Til slutt er sosionomens beskrivelse av hva som er hensikten med det tverrprofesjonelle samarbeidet en fin måte å vise hvordan synet til informantene bidrar som en viktig strategi for å overkomme den pragmatiske kunnskaps grensen. Sosionomen forteller at tverrfaglighet ikke bare handler om å sette sammen ulike profesjoner i ulike deler av prosessen, men heller at man skal utfylle hverandre på en best mulig måte på bakgrunn av ulikheten og at man blander seg slik at helheten blir noe mer enn summen av de

enkelte faktorene. I likhet med det vi har sett tidligere viser hun i denne beskrivelsen nødvendigheten av de ulike perspektivene i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Det som skiller denne beskrivelsen fra andre lignende sitat er at den siste delen av beskrivelsen der hun forklarer at helheten skal bli noe mer enn summen av de enkelte bidragene kan tyde på at hun forstår at det ikke bare er tilstrekkelig med de ulike bidragene. Det vil si at det ser ut som sosionomen i denne beskrivelsen har en forståelse for at de ulike perspektivene og den ulike kunnskapen ikke bare må løftes frem, men at det også må skapes en felles praksis og profesjonsutøvelse basert på de ulike bidragene. Denne måten å beskrive samarbeidet på kan derfor tyde på at de evner å bruke som strategi for å overkomme de pragmatiske kunnskaps grensene.

#### **5.1.4 Oppsummering**

Etter en analyse av de empiriske funnene sett i lys av Carlile (2004) sitt perspektiv på strategier for å overkomme kunnskaps grenser, hva kan egentlig denne analysen vise? En oppsummering av dette er gitt nedenfor.

En strategi som viser seg å fungere for å overkomme syntaktiske kunnskaps barrierer er å utvikle forskjellige språklige strategier i kommunikasjon med ulike profesjonsutøvere. Det fordrer at ulikheten mellom profesjonsutøverne er identifisert og at man er bevisst på denne for å kunne tilpasse språket til ulike samarbeidspartnere. Samtidig er også tid og kontinuitet en forutsetning for å overkomme syntaktiske kunnskaps barrierer. Dette ved at man over tid og gjennom kontinuitet får mulighet til å lære nye begreper og fagspråk på tvers av profesjonsgrenser. Disse faktorene gjør profesjonsutøvere i stand til å skape et felles språk som de ulike profesjonsutøverne behersker.

Å forstå at ulikhet mellom profesjonsutøvere i et samarbeid har en mening, nemlig å behandle pasientene på en best mulig måte, er en viktig strategi for å overkomme semantiske kunnskaps barrierer. Videre er bruk av fagdiskusjoner med på å tydeliggjøre de ulike perspektivene og forståelsene som finnes mellom profesjonsutøveres kunnskap og tolkninger i møte med pasientene, og de er med på å skape en felles arena for



kunnskapsdeling. Fagdiskusjonene og samtaler hvor ulike profesjonsutøvere får frem sine perspektiver på pasientene er derfor med på å bidra til en felles meningsforståelse i arbeidet med pasientene. For å skape en felles meningsforståelse viser det seg også at en organisatorisk støtte er viktig. Dette i form av fysisk struktur som tillater fagdiskusjoner, rutiner der ulike profesjonsutøvere blir plassert sammen i den hensikt å skape en ny og felles forståelse for pasientene basert på de ulike profesjonsutøvernes perspektiver, og et fagmiljø som gjør det trygt å profilere den profesjonskunnskapen man har. Disse faktorene er dermed viktige elementer og strategier for å overkomme semantiske kunnskapsgrenser.

Profesjonsutøverne benytter seg av flere strategier for å overkomme den pragmatiske kunnskapsgrensen. De ser at en viktig strategi i hovedsak er å skape en felles praksis og profesjonsutøvelse basert på de ulike deltakerne i samarbeidet sin kunnskap og tolkning. Både legen, sykepleieren og sosionomen viser en felles interesse og ønske om å behandle pasientene på en best mulig måte basert på de ulike deltakerne i samarbeidet sine tolkninger og kunnskap. De viser at de er ydmyke og villige til å endre på sin forståelse og praksis hvis denne ikke er tilstrekkelig for vurderingen av pasientene. Læringsvilje er annen strategi som brukes for å skape en felles praksis.

Profesjonsutøverne setter seg inn i og forstår hverandres bidrag og kunnskap ved å lære seg deler av den. Til slutt er også en tilnærming profesjonsutøverne har til samarbeidet viktig å nevne. De ser at summen av det tverrprofesjonelle samarbeidet er større enn det de enkelte profesjonsutøverne kan utrette, og at de derfor ønsker å skape en felles praksis og profesjonsutøvelse basert på alles bidrag.

## **5.2 Strategier for å være en 'relational practioner'**

Som det kommer frem ovenfor fremstår fagdiskusjonene som en nødvendig og helt sentral strategi for å dele profesjonskunnskap i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Men hva er det som gjør at de faglige diskusjonene fungerer godt? Dette spørsmålet leder inn på nødvendigheten av en grundigere analyse av informantenes beskrivelser av fagdiskusjonene og samhandlingen, og derfor se på detaljene rundt hvilke egenskaper

som gjør at tverrprofesjonelle fagdiskusjoner fungerer godt og ikke overskygges og begrenses av kunnskapsbarrierer slik Carlile (2004) hevder er faren i slike samarbeid. For å være en god 'relational practioner' er det i hovedsak to egenskaper som er viktig. Anerkjenne, forstå og sette seg inn i hva som er andre profesjonsutøveres bidrag i et samarbeid er en av disse egenskapene. Videre er det like viktig å vedkjenne seg egen kunnskap og ta standpunkt basert på dette. I den videre analysen vil derfor fokuset ligge på hvordan funnene i intervjuene kan ses i lys av disse egenskapene.

### **5.2.1 Anerkjennelse og forståelse for hva som er de ulike profesjonsutøvernes bidrag**

Både legen, sosionomen og sykepleieren gir i intervjuene tydelige beskrivelser av at de har en klar oppfatning og forventning om den profesjonskunnskapen de selv og de andre i samarbeidet har. Følgende sitat av legen gir et eksempel på dette:

“Vi har jo ulik bakgrunn og ulike perspektiver på sakene. Sosionomen er flinkere til å ta seg av det sosiale perspektivet, kjenner til rettigheter og NAV systemet bedre. (...) psykologene er jo flinke til å bringe inn de psykologiske aspektene ved hvert individ, og å sette ting i sammenheng. Så de ulike yrkesgruppene har liksom sine vinduer litt ut mot verden også prøver alle å kunne litt om det praktiske og det som er felles”.

I sitatet gir legen en beskrivelse av hva noen av profesjonsutøvernes bidrag i det tverrprofesjonelle samarbeidet er. Legen gir derfor et inntrykk av at han har satt seg inn i og forstått hva som er de ulike profesjonsutøvernes kunnskap og ekspertise. Ved at legen viser til å anerkjenne, har satt seg inn i og har kjennskap til de andre profesjonsutøvernes ekspertise og kunnskap kan legens sitat derfor forstås i lys av Edwards (2010) sin beskrivelse av hva en god 'relational practioner' er. Dette er fordi legen gjennom sitatet gir et klart uttrykk for at han har kjennskap til hva som er de enkelte profesjonsutøveres kunnskap og dermed bidrag i samarbeidet, noe Edwards (2010 og 2005) beskriver som en viktig forutsetning for å være en god 'relational practioner'.

Legen kan videre fortelle om et konkret eksempel på et tilfelle der han viser til at de hadde ulike tilnærminger i møte med pasientene:

” Sånn for eksempel i dag når en alvorlig syk dame har kommet fra et afrikansk land med sin 5 år gamle sønn også giftet seg med en norsk mann. Jeg har truffet henne et par ganger og mitt perspektiv har da vært å stabilisere henne på medisiner og satt henne i kontakt med fastlegen, og å få henne inn i systemet. Mens hun som var med meg har vært helsesøster i alle år, og hun har med en gang fokus på hva det er med denne 5 åringen”.

Legen beskriver i dette sitatet hvordan han og den tidligere helsesøsteren hadde ulike perspektiver og tilnærminger i møte med denne pasienten. Legen fokuserte på medisiner og kontakt med fastlegen mens den tidligere helsesøsteren fokuserte på hva som måtte gjøres med barnet. Derfor kan vi forstå ut ifra dette sitatet at legen har gjort seg opp en mening og oppfattelse om at de ulike profesjonsutøverne i møte med pasientene har ulike forståelser, tolkninger og derfor tilnærminger til pasientene. Ved å vise til dette eksemplet er legen i likhet med sitatet ovenfor på god vei mot å være en ‘relational practioner’ ved å nettopp forstå og anerkjenne de ulike profesjonsutøverne sine bidrag.

Sosionomens beskrivelse av hva hennes bidrag i det tverrprofesjonelle samarbeidet er viser seg å være nært knyttet til den oppfatningen legen viser til å ha av hennes bidrag:

”Jeg tenker at de forventer at jeg kan noen ting om systemet rundt, bydelene og de tjenestene som er rundt der spesielt, at jeg kjenner til lovverk og rettigheter. Men jeg tror også at de tenker at jeg som sosionom har et litt mer sånn helhetlig perspektiv og ser på hvordan folk lever sine liv”.

Sosionomens beskrivelse i dette sitatet av hva som er hennes bidrag i samarbeidet er nært beslektet til den beskrivelsen legen gir av hva som er sosionomens bidrag i samarbeidet. Med tanke på at sosionomen har en lik oppfatning som legen om hva som er hennes bidrag kan det tyde på at det er et tydelig samsvar mellom hva som er ens egen oppfatning om sitt bidrag og de andre deltakerne i samarbeidet sine forventninger. Slik Edwards (2010) ser det er denne klare oppfatningen en forutsetning for å kunne trekke på hverandres styrker i et samarbeid der den er nødvendig. Likheten mellom sosionomen og legens oppfatning av en profesjonsutøvers bidrag i samarbeidet kan

derfor forstås som en tydelig rolle og forventningsavklaring. Legens sitat nedenfor viser et mer konkret eksempel på at profesjonsutøverne er bevisste på at det ligger ulike forventninger knyttet til de ulikes profesjonsutøvelse:

”Leger er jo opptatt av det biologiske perspektivet, somatiske ting, psykiatriske ting, behandlingsmessige ting. Så legeperspektivet oppfattes som annerledes enn de andres. (...) Det er forventninger om at doktoren kan alt om medisiner og piller, juridiske ting og lovgivning og at doktoren kan kommunisere med andre som for eksempel politi, ambulanspersonell, fastleger og sykehus på en måte som de andre ikke kan. Så det er ganske klare rolleforventninger til den posisjonen”.

Legen beskriver her hvilke områder han som lege selv er opptatt av å kunne noe om og samtidig hvilke områder han oppfatter at andre har forventninger til at han skal ha kunnskap om. Derfor kan vi forstå av dette sitatet at det eksisterer sterke forventninger både fra han selv og fra de andre i samarbeidet om konkrete områder det forventes at han bidrar med kunnskap. Det ser derfor ut til å eksistere en gjensidig rolle og forventningsavklaring om hva som er de ulike profesjonsutøverne i samarbeidet sitt bidrag. Både det sistnevnte sitatet og de to andre ovenfor hvor det beskrives hva som er forventet både fra en selv og de rundt om hva som er de ulikes bidrag, gir klare indikasjoner på at det ikke bare er en individuell oppfatning om hva som er ens egne bidrag, men at disse også er avklart i en relasjonell sammenheng slik Edwards (2010) hevder er viktig for å kunne utøve profesjonsarbeidet basert på hva som er de ulike deltakerne sine styrker. Egenskapene som kommer frem av sitatene ovenfor ser derfor ut til å innfri et av de nødvendige kriteriene for å være en god ‘relational practitioner’ (Edwards 2010).

Videre beskriver sosionomen hvordan den ulike kunnskapen i samarbeidet blir sett på av profesjonsutøverne:

”Selv om man har forskjellig type kompetanse så er det ikke *en* kunnskap som er mer verdt enn de andre, den er bare annerledes. Så det er ikke sånn at for eksempel legen her vet mer enn oss andre, det er bare sånn at han vet andre ting og at han er like avhengig av å få innspill fra oss som vi er avhengig av å få innspill fra han”.

I dette sitatet beskriver sosionomen at ulike profesjonsutøvere bidrar med hver sin profesjonskunnskap i behandlingen av pasientene. Det vil si at den ulike profesjonskunnskapen fremstår som å bidra med nyttige perspektiver på ulike områder i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Kunnskapen likestilles derfor i behandlingen av pasientene. Slik Edwards forstår gode 'relational practioners' bør kunnskap som bidras med i et samarbeid bli sett på som nyttige bidrag på ulike måter i behandlingen av pasienter fordi de bidrar til en utvidet respons på behandlingen.

En annen måte informantene viser at de anerkjenner hverandres kunnskap er ved å vise at de også ønsker å lære den. Et sitat fra sosionomen gir et eksempel på dette:

"I denne jobben blir man aldri utlært. Det vil aldri være sånn at jeg tenker at dette kan jeg. Jo flere gode innspill, jo bedre. For det vi jobber med er så komplekst og sammensatt at det er ingen som har noe fasitsvar på det".

Sosionomen viser her at hun er bevisst på at hun ikke har all kunnskap som skal til for å løse de komplekse problemstillingene de står ovenfor i behandlingen av pasientene. Derfor ser hun det som nødvendig å lære nye ting. Hun beskriver at den kunnskapen som de andre profesjonsutøverne har kan gi henne nyttig kunnskap og at hun derfor er åpen for å lære denne. Gjennom å vise at man er interessert i å lære om hverandres kunnskap uttrykker man også en anerkjennelse og verdsettelse av andres kunnskap slik Edwards (2010) mener er så viktig for å være en 'relational practioner' .

Informantene viser i lys av sitatene ovenfor at de er kjent med hva som er de ulike profesjonsutøvernes bidrag i samarbeidet, anerkjenner den og verdsetter den. Men en siste egenskap de også viser til i intervjuene er å respektere hverandre. Sykepleieren beskriver det slik:

"Jeg tror det er veldig viktig at man har en genuin respekt for hverandre. Jeg vet jo at de som sitter rundt bordet sammen med meg har masse kompetanse, og at de kan tilføre meg mange ting".

Sykepleieren viser her at han respekterer de andre profesjonsutøverne i samarbeidet og deres kunnskap fordi de har verdifull kunnskap som også han har nytte av. Derfor kan

sitatet tyde på at de ikke bare har satt seg inn i og forstått hva som er de ulikes bidrag i samarbeidet slik Edwards (2010) hevder er viktig for å være en 'relational practioner', men at de i tillegg til dette også respekterer den kunnskapen som andre bidrar med i samarbeidet.

Sitatene ovenfor gir derfor et bilde av at profesjonsutøverne ser på ulik kunnskap som viktig på ulike måter i behandlingen av pasientene og det kan derfor forstås som en del av en strategi for å være en god 'relational practioner'.

## **5.2.2 Synliggjøre og ta standpunkt basert på egen profesjonskunnskap**

Når profesjonsutøverne har en tydelig innsikt og forståelse for hva som er de andre deltakernes bidrag, er det like viktig for å være en god 'relational practioner' at man selv vedkjenner og synligjør sin egen kunnskap og tar standpunkt basert på denne (Edwards 2010).

På spørsmål til informantene om det er spesielle metoder eller strategier de bruker for å synliggjøre sin kunnskap i det tverrprofesjonelle samarbeidet er det tydelig gjennom legen, sykepleieren og sosionomens beskrivelser at nettopp det å ta standpunkt basert på sin profesjonskunnskap er strategien de benytter seg av. Sosionomens beskrivelse viser et godt eksempel på dette:

"Nei, det er jo noe med det at jeg ikke bruker spesielle metoder for å få frem kunnskap, det er liksom bare å argumentere for sin forståelse ut ifra den fagbakgrunnen jeg har".

Sosionomen beskriver her hvordan hun benytter seg av sin kunnskap i samarbeidet med andre. Hun har ikke utviklet spesielle metoder for å få innflytelse i det tverrprofesjonelle samarbeidet utover å argumentere for sin forståelse på bakgrunn av kunnskapen sin. Argumentasjonen hennes i samarbeidet baserer seg derfor på den profesjonstilhørigheten og kunnskapen hun har. Sitatet kan derfor forstås i lys av det å

være en 'relational practioner' fordi metoden som benyttes her er å tydeliggjøre sin kunnskap og argumentere for sin forståelse av pasientene på bakgrunn av sin profesjonskunnskap slik Edwards (2010) beskriver som en del av det å være en 'relational practioner'.

Når legen blir spurt om hvordan de får frem de ulike profesjonsutøverne sine perspektiver og kunnskap om pasientene svarer han at metoden de bruker er å legge frem relevante og tydelige argumenter for sitt syn basert på sin profesjonskunnskap. Ved å gå inn i slike samtaler om pasientene mener legen det bringes mer kunnskap og informasjon til bordet, og at man derfor lander på en løsning der alle profesjonsutøverne bidrar med sitt perspektiv inn i en god løsning for pasientene. Det legen her forteller er at han får frem sitt perspektiv på en pasient ved at han argumenterer for sin forståelse for pasienten som baserer seg på den profesjonskunnskapen han har. Denne beskrivelsen er derfor nært knyttet til den metoden sosionomen også benytter seg av, som det framkommer av sitatet ovenfor dette. Videre beskriver legen at å benytte seg av denne metoden er nødvendig for å skape den felles forståelsen eller mellomløsningen som han betegner det som. Dermed viser han i likhet med det Edwards (2010) beskriver som så viktig for å være en god 'relational practioner', nettopp å argumentere og gjøre tydelig sin forståelse for pasienten i lys av den profesjonskunnskapen og bakgrunnen man har fordi man ser at dette er nødvendig for pasientene.

Ved enheten som sykepleieren, legen og sosionomen jobber i utfører de i det daglige arbeidet mye av de samme oppgavene, men psykologene og legen har det overordnede behandlingsansvaret. Likevel forteller både sykepleieren og sosionomen om en åpenhet for at også de kan komme fram med deres meninger og kunnskap, og at det i like stor grad blir tatt med i vurderingen og behandlingen av pasientene. De opplever derfor å bli hørt i de faglige diskusjonene og at de har innflytelse. Det sykepleieren og sosionomen uttrykker er at selv om det finnes formelle retningslinjer som legger mer ansvar på psykologene og legen har profesjonsutøverne i den praktiske utførelsen av vurderingen av pasientene relativt like roller. Når profesjonsutøverne i det daglige samarbeidet skal gjøre vurderinger av pasientene, viser sosionomen og sykepleieren her til å ha gjennomslagskraft i de vurderingene som i felleskap blir gjort. I sitatene som er nevnt

tidligere i denne delen viser informantene at de tydeliggjør og argumenterer for sin kunnskap. I det sosionomen og sykepleieren her forteller viser det også at de ikke bare tør å tydeliggjøre og argumentere for sin kunnskap, men at de også opplever at dette har påvirkning på vurderinger av pasientene i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Dette funnet styrker derfor troverdigheten til de funnene som er vist til ovenfor. Det er nærliggende å tro at det godt kunne ha eksistert et skille mellom å selv oppleve at man kommer fram med en kunnskap, men at denne kunnskapen likevel ikke blir tatt med i betraktning når vurderingene skal gjøres. Derfor viser det sosionomen og sykepleieren her beskriver at profesjonsutøverne ikke bare har lyktes i å benytte seg av den strategien som er viktig for å være en god 'relational practioner', nemlig på en god måte å legge frem ulike perspektiver. Men det viser også at profesjonsutøverne har oppnådd det som er målet med å legge frem den forskjellige kunnskapen, nemlig å få inkludert relevant kunnskap fra ulike profesjonsutøvere i behandlingen av pasientene.

### **5.2.3 Målet med å være en 'relational practioner': å skape en utvidet respons på behandlingen av pasientene**

Edwards (2010) er i sin beskrivelse av det å være en 'relational practioner' opptatt av at profesjonsutøverne skal være i stand til å vedkjenne sin egen kunnskap, ta standpunkt basert på dette og samtidig sette seg inn i og forstå hva som er andres kunnskap og bidrag. Hun mener derfor at disse egenskapene til slutt bør gjøre profesjonsutøverne i stand til å samkjøre sine egne forståelser og kunnskap med de andre deltakerne i samarbeidet sin kunnskap og forståelse, og dermed skape en utvidet respons og behandling av pasientene. Slik Edwards her vektlegger beskriver også legen at det tverrprofesjonelle perspektivet er helt nødvendig i behandlingen av pasientene:

"(...) det er helt nødvendig sånn jeg ser det å ha den tverrfaglige biten i en sånn enhet som det her. Hvis man hadde hatt en hel gjeng med enten leger, psykologer eller sykepleiere så hadde det på en måte blitt noe helt annet og ikke så fullverdig".



Her uttrykker legen at de ulike perspektivene profesjonsutøverne bringer inn i samarbeidet er helt nødvendige for å skape en fullverdig behandling av pasientene. Det legen her uttrykker ved å si at det tverrfaglige perspektivet er en nødvendighet viser at han er på vei mot å nå det som er målet med å være en 'relational practitioner', å skape en utvidet respons på en kompleks problemstilling på bakgrunn av de ulike perspektivene.

Vider er det derfor et interessant funn at informantene i intervjuene viser til ulike eksempler på at de ikke bare evner å få frem den ulike profesjonskunnskapen, men at de også klarer å samkjøre egne og andres ekspertise til en felles og utvidet behandling.

Legen gir et eksempel på dette:

” Ja det viktigste perspektivet der har nok vært å ivareta familier og barn rundt de ulike pasientene. Et eksempel der er en mann som var alvorlig sinnssyk og hadde kone og fem barn, og når mannen i huset var syk så ble jo hele familien lidende, så da ved å få kontakt med barna og følge opp de. Så de eldste barna fikk jo mer oppfølging på skolen og de yngste fikk betalt barnehageplass, og da kom vi jo i bedre posisjon til å kunne hjelpe denne mannen, som ikke behøvde å holde seg hjemme på grunn av ungene. Så det var en veldig positiv opplevelse. Og det har jeg nok lært mye av sånn sett, det familieperspektivet at vi er ikke individer helt alene. Jeg har jo jobbet mest med individualterapi”.

Legen forteller i forbindelse med denne hendelsen at andre profesjonsutøvers perspektiv på å ivareta familien rundt pasientene har vært et viktig bidrag for å få han til å forstå at dette perspektivet er viktig å inkludere i behandlingen, og at det har gitt han som behandler en bedre forutsetning for å behandle pasientenes sykdom. Vi kan her forstå av sitatet og historien til legen hvordan andres profesjonskunnskap har bidratt til å få han til å forstå at en god behandling av pasienter i noen tilfeller også kan innebære å ivareta familien rundt pasientene. Dette er et perspektiv han i senere tid har fått fordi han har samarbeidet med profesjonsutøvere som har hatt andre tilnærminger til pasientene enn det han selv har hatt. Beskrivelsene som tidligere er nevnt, har vist til at profesjonsutøverne har vært klar over hvilken kunnskap som eksisterer i samarbeidet og vist at de har synliggjort egne forståelser og kunnskap om pasientene. Det som skiller det siste sitatet til legen fra de som tidligere er nevnt er at i dette sitatet ser vi at profesjonsutøverne sammen har klart å samkjøre egne og andres forståelser i behandlingen av pasientene. Legens eksempel på at de har skapt en bedre behandling av

pasientene basert på de ulike profesjonskunnskap kan derfor også forstås i lys av Edwards (2010) sitt perspektiv på målet med å være en 'relational practioner'. Dette fordi eksempelet viser at profesjonsutøverne har vært i stand til å samkjøre sine egne forståelser og perspektiver med de andre deltakerne i samarbeidet og sammen skapt en utvidet forståelse, respons og behandling av pasientene.

#### **5.2.4 Oppsummering**

For å være en god 'relational practioner' er en viktig strategi å gjøre seg kjent med og sette seg inn i hva som er de ulike profesjonsutøverne sin kunnskap, forståelse og bidrag. Funnene i analysen viser til at profesjonsutøvere er bevisste på at de er ulike, har ulike styrker og derfor ulike bidrag i samarbeidet. Profesjonsutøverne bruker også denne ulikheten for det den er verdt i behandlingen av pasientene. Legen, sykepleieren og sosionomen har gjort seg kjent med hva som er de ulike bidrag og styrker i samarbeidet om pasientene og er derfor bevisste på dette. Det har derfor også opparbeidet seg en klar rolle og forventningsavklaring mellom legen, sykepleieren og sosionomen, noe som bidrar til at de på en god måte er i stand til å trekke på hverandres styrker der den er nødvendig.

Den ulike kunnskapen som profesjonsutøverne bidrar med i samarbeidet blir sett på som nyttige og likeverdige bidrag fordi de bidrar med ekspertise på ulike områder for en pasient, noe som gir en utvidet respons på behandlingen av pasientene. Ved å ha denne tilnærmingen til hverandres kunnskap eksisterer det også en lærevillighet blant profesjonsutøverne. De ser at det å lære mer om andres kunnskap bidrar til å gi de en utvidet forståelse for pasienten. Derfor respekterer og anerkjenner også profesjonsutøverne kunnskapen som de ulike bidrar med inn i samarbeidet.

Måten profesjonsutøverne synligjør sin kunnskap og får gjennomslag for sin forståelse, perspektiv og kunnskap i arbeidet med en pasient er å argumentere for sin forståelse basert på egen profesjonskunnskap. Dette er derfor en viktig strategi for å synliggjøre kunnskap og å fremme sin faglige forståelse inn i et samarbeid. Derfor fungerer

profesjonskunnskapen og tilhørigheten som et viktig fundament i det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Ved å sette seg inn i hva som er de ulike profesjonsutøvernes bidrag og å tydeliggjøre egen kunnskap og forståelse viser profesjonsutøverne at de evner å skape en utvidet respons på behandlingen av pasientene. Profesjonsutøverne ser at disse egenskapene er nødvendige fordi de bidrar til en fullverdig behandling og vurdering av pasientene. Derfor klarer de også å samkjøre de ulike bidragene til en felles behandling som baserer seg på disse egenskapene. Ved å benytte seg av disse strategiene viser de i så måte å innfri de forutsetningene som skal til for å være en god 'relational practioner'.

I denne analysedelen har vi fått et innblikk i et teoretisk perspektiv og analyse av hvilke strategier som skal til for å overkomme kunnskapsgrenser i tverrprofesjonelle samarbeid og videre hvilke strategier som skal til for å være en god 'relational practioner'. Videre vil noen av disse funnene bli sett opp mot tidligere forskning.

## **6 Sentrale funn sett opp mot tidligere forskning**

I denne delen vil utvalgte funn fra det empiriske materialet bli drøftet opp mot tidligere forskning. Det vil si at utvalgte funn som anses som relevante å belyse mot tidligere forskning, vil bli gjort rede for.

### **6.1 Ulikhet som en styrke i det tverrprofesjonelle samarbeidet**

Funnene i analysen viser til at ulikheten i det tverrprofesjonelle samarbeidet fremstår som en positiv faktor og en styrke i mye større grad enn å fungere som en barriere. I motsetning til dette viser tidligere forskning at ulikheter mellom profesjonsutøvere i et samarbeid er en grobunn for barrierer som kan hindre et godt samarbeid og kunnskapsdeling på tvers av profesjoner (Østerlund og Carlile 2005). Ifølge Grimen (2010 i Molander og Terum 2010) er profesjonsutdanningene med på å skape ulike

medarbeidere, med ulik profesjonskunnskap, ulike måter å tenke på og ulike måter å tilnærme seg oppgaver. Analysens funn viser til at profesjonsutøverne tolker, forstår og i noen tilfeller ønsker ulike tilnærminger til pasientene, i så måte støtter dette opp om Grimen (2010 i Molander og Terum 2010) sin beskrivelse. Så hvorfor fungerer likevel det tverrprofesjonelle samarbeidet godt på tross av denne ulikheten? Et av analysens mest fremtredende funn er at profesjonsutøverne viser til å ha et spesielt blikk på det tverrprofesjonelle samarbeidet. Det vil si at istedenfor å fokusere på de barrierene som kan oppstå i slikt samarbeid vektlegger profesjonsutøverne istedet det potensiale tverrfaglige samarbeid har. Der ulikheten er tydelig og det er potensiale for hindringer og barrierer har profesjonsutøverne utviklet strategier for å overkomme disse. Profesjonsutøverne viser derfor til at ulikheten blir brukt som en strategi for å belyse ulike sider ved en pasient. Dette gjøres blant annet gjennom at informantene anerkjenner og verdsetter hverandres ulik profesjonskunnskap i det daglige samarbeidet fordi de ser at hverandres kunnskap er nødvendig for behandlingen av pasientene. I så måte benytter profesjonsutøverne seg av en av de strategiene Robinson og Cottrell (2005) og Suter m.fl. (2009) viser til er viktig for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid, nettopp å anerkjenne de ulike deltakerne i samarbeidet sin kunnskap. Ved at profesjonsutøverne er bevisste på ulikhetene og ved at de kjenner hverandres styrker kan de skape en god behandling for pasientene. Dette funnet støttes av tidligere forskning som viser til at innsikt i kollegers profesjonskunnskap, er med på å bedre det tverrfaglige samarbeidet (Holst og Severinsson 2003 og Hall 2005).

Fagdiskusjonene er et av de viktigste verktøyene profesjonsutøverne bruker for å dele kunnskap og for å løfte frem de ulike profesjonsutøverne sine perspektiver på pasientene. Robinson og Cottrell (2005) viser til at å identifisere ulikhet er helt nødvendig for å klare å dele kunnskap på tvers av fagdisipliner. Videre hevder profesjonsutøverne at ved å være bevisste på ulikheten mellom deltakerne i samarbeid gjør de i stand til å utvikle ulike strategier for hvordan de skal håndtere og forholde seg til ulikheten i kommunikasjonen med andre samarbeidspartnere. Dette funnet vises blant annet gjennom de ulike språkstrategiene som er nært knyttet til det Robinson og Cottrell (2005) viser til, nemlig at en viktig strategi for å dele kunnskap og skape et godt samarbeid er å skape et felles språk som alle profesjonsutøverne behersker.

Vi får i dette avsnittet en forståelse for at tilnærmingen profesjonsutøverne har til det tverrprofesjonelle samarbeidet ser ut til å være særegent og skiller seg ut fra det tidligere forskning viser om hvordan dette tradisjonelt utarter seg. Videre ble det også beskrevet hvordan denne tilnærmingen gjør dem i stand til å utvikle noen konkrete strategier for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid som også kan støttes av tidligere forskning. Videre vil det bli en drøfting av de funnene som viser til fravær av hierarki, profesjonsstatus og profesjonskamp.

## **6.2 Fravær av hierarki, profesjonsstatus og profesjonskamp**

Funnene i analysen viser en del nyanser og ulikheter i forhold til tidligere forskning om typiske barrierer i tverrprofesjonelt samarbeid. Det er noen særtrekk ved disse funnene som det derfor er viktige å trekke frem, for å belyse dette. Analysens funn viser at det tverrprofesjonelle samarbeidet bærer preg av en likhet, verdsettelse og anerkjennelse av hverandres kunnskap og bidrag, uavhengig av hvilken profesjonsgruppe deltakerne i samarbeidet tilhører. Dette er i motstrid til tidligere forskning som viser at der profesjonsutøvere utgjør store deler av personalet eksisterer det tydelige hierarkiske strukturer (Adler m.fl. 2007). Innenfor helsesektoren er leger og psykologer blitt beskrevet ved deres autoritet, høye posisjon. De er derfor ikke alltid like åpne og tilgjengelige til å motta kunnskap fra andre (Collin m. fl. 2011 og Hall 2005). Funnene i analysen er mer positive i så måte og viser til at både legen og psykologene er åpne og ydmyke ovenfor den kunnskapen profesjonsutøverne bidrar med uavhengig av hvilken profesjonsgruppe de tilhører. Dette viser blant annet legen gjennom eksemplet på hvordan andre deltakere sitt fokus på familieperspektivet har bidratt til at han kunne behandle pasientene på en bedre måte. I det daglige samarbeidet opplever profesjonsutøverne å ha like mye innflytelse på pasientene uavhengig av hvilken posisjon de har i samarbeidet og hvilken profesjon de tilhører. I så måte er funnene i motstrid til tidligere forskning som viser til at status og posisjon ulike profesjonsutøverne har er av stor betydning for hvordan kunnskapsdelingen tar form og hvilken innflytelse man får i samarbeidet (Robinson og Cottrell 2005). Noen av de sentrale suksessfaktorene og strategiene som ovenfor blir nevnt er derfor med på å bidra til en flatere og mindre hierarkisk struktur en det forskningen viser til.

Et sentralt spørsmål for å forstå hvorfor analysens funn er mer positivt rettet enn det tidligere forskning kan vise til er å stille spørsmålet om hvorfor det er sånn? Er det strategiene som benyttes i den aktuelle enheten som skaper denne likheten mellom profesjonsutøverne på tross av historisk sett stor ulikhet mellom profesjonsutøvere i helsesektoren? I litteraturen og forskningen blir profesjonskunnskap beskrevet som å ha liten teoretisk integrasjon seg imellom (Østerlund 2008 og Grimen 2010 i Molander og Terum 2010). Profesjonsdeltakernes praktiske yrkesutførelse fordrer en integrasjon mellom den ulike profesjonskunnskapen deltakerne i samarbeidet besitter. Det vil si at måten enheten samarbeider på i arbeidet med pasientene krever en integrasjon mellom de ulike profesjonsdeltakerne og deres kunnskap. Dette ser ut til å være et resultat av at profesjonsutøverne på lik linje gjør de samme vurderingene av pasientene og er derfor en viktig strategi for å overkomme den potensielle kunnskapsbarrieren det vises til i forskningen til Østerlund (2008) og Grimen (2010 i Molander og Terum 2010).

Med tanke på at profesjonsutøverne i det daglige arbeidet utfører mye av de samme oppgavene med pasientene er det nærliggende å tro at dette kan skape en profesjonskamp slik Lauvås og Lauvås (2004) beskriver det. Funnene i analysen viser til at profesjonsutøverne ikke opplever det tverrprofesjonelle samarbeidet som en kamp om å få frem den ulike profesjonskunnskapen i fagdiskusjonene slik Lauvås og Lauvås her beskriver. De mener derimot at målet med tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike profesjoner i helsesektoren nettopp er å ha forskjellige perspektiver og kunnskap om en pasient, og at gjennom samarbeidet får man frem disse ulike perspektivene. Det kommer frem av analysen at en av grunnene til at det tverrprofesjonelle samarbeidet fungerer godt er fordi profesjonsutøverne har en tilnærming til samarbeidet der de nettopp ser nødvendigheten av ulikheten og at dette beriker behandlingen av pasientene. Derfor ser det ut til at denne tilnærmingen er en nødvendig strategi for at samarbeidet skal fungere. Informantene hevder i denne sammenheng at den bevisste rekrutteringen av personell som ønsker å jobbe tverrfaglig og som ser betydningen av dette derfor er av stor betydning.

### **6.3 Organisering og struktur som støtter opp om tverrprofesjonelt samarbeid**

For å kunne sikre kvaliteten på behandlingen av pasientene hevder informantene at organiseringen av enheten er helt avgjørende for å utnytte det potensielle tverrprofesjonelt samarbeid har. Med tanke på at ulikheten mellom de ulike deltakerne er så stor mener de derfor at det ikke hjelper med en tanke om tverrfaglighet hvis ikke strukturen og organiseringen av enheten medierer deling av kunnskap, god informasjonsflyt og et godt samarbeid. Sosionomen forteller at hvis ikke strukturen og organiseringen tilrettelegger for dette kan det lett utvikle seg til å bli det hun betegner som et kvasisamarbeid. Legen, sykepleieren og sosionomen har beskrevet hvor viktig fagdiskusjonene, hjemmebesøk til pasientene og kontorlandskapet er for å dele kunnskap på tvers av profesjongrensene og skape et godt samarbeid. Derfor støtter dette funnet opp under tidligere forskning som viser at et fysisk miljø og en struktur som oppfordrer til samarbeid og kunnskapsdeling har stor betydning for dette (Gum m.fl. 2012, Weller m.fl. 2011 og Robinson og Cottrell 2005). Selv om Edwards (2010) og Carlile (2004) i sine teorier har et ulikt perspektiv på tverrfaglige samarbeid, er de i sine teorier begge opptatt av at for å skape gode tverrfaglige samarbeid er en viktig strategi å få frem profesjonsutøverne sine perspektiver og kunnskap. I så måte kan man si at dette funnet om nødvendigheten av å få løftet frem de ulike profesjonsutøverne sine perspektiver er nært knyttet til det Edwards (2010) og Carlile (2004) er opptatt av. Likevel viser det seg at funnet om betydningen av organisering og den fysiske strukturen på enheten går utover det Edwards (2010) og Carlile (2004) inkluderer i sine teorier. Ingen av de to teoretikerne inkluderer organisering og fysisk struktur i sine teorier om tverrprofesjonelt samarbeid.

## 7 Avslutning

### 7.1 Konklusjon

Problemstillingen i denne oppgaven spør etter hvilke strategier som brukes for å overkomme kunnskapsbarrierer i samarbeid på tvers av profesjoner. Så hvilket bidrag kan det analyserte datamaterialet, sett i lys av de valgte teoretiske perspektivene, gi på området tverrprofesjonelt samarbeid og strategier som bedrer slikt samarbeid? Sett i lys av de teoretiske perspektivene til Edwards (2010) og Carlile (2004) er flere ulike strategier som er med på overkomme kunnskapsbarrierer og støtte opp under et godt tverrprofesjonelt samarbeid identifisert. Disse vil i det videre bli oppsummert.

En tydelig oppfatning av hva et tverrprofesjonelt samarbeid er og bør være er et viktig utgangspunkt for slikt samarbeid. Til å begynne med er derfor en viktig strategi for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid at profesjonsutøverne har en felles interesse og et ønske om å behandle pasientene på en best mulig måte på bakgrunn av den kunnskapen som de ulike deltakerne i samarbeidet til sammen bidrar med. Å skape en felles forståelse av meningen og hensikten med det tverrprofesjonelle samarbeidet er også en viktig faktor for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid.

Videre er en viktig strategi å identifisere den ulikheten som eksisterer mellom profesjonsutøvere i et samarbeid. Dette er viktig for at profesjonsutøverne kan utvikle ulike språklige strategier i kommunikasjonene mellom ulike profesjonsutøvere. For å kunne utvikle et felles språk som er helt avgjørende for god kommunikasjon, er også tid og kontinuitet viktige faktorer.

Å skape felles arenaer for kunnskapsdeling der de ulike profesjonsutøverne sine perspektiver og kunnskap kan løftes frem er også en viktig strategi for å bedre det tverrprofesjonelle samarbeidet. Faglige diskusjoner og samtaler er et av flere viktige verktøy for å få frem disse perspektivene.



For å bedre tverrprofesjonelt samarbeid er det viktig at de ulike perspektivene, kunnskapen og tolkningen til deltakere i et samarbeid kommer frem. Derfor er en viktig strategi at profesjonsutøverne argumenterer for sin forståelse av pasientene basert på den profesjonskunnskapen de har. Like viktig er det også å sette seg inn i og gjøre seg kjent med hva som er de andre profesjonsutøvernes kunnskap, forståelse og bidrag. Ved at profesjonsutøverne både tydeliggjør sine egne perspektiver og setter seg inn i hva som er de andre sine bidrag skapes en tydelig rolle og forventningsavklaring som igjen er med på å gjøre profesjonsutøverne i stand til å trekke på hverandres styrker og ekspertise der den er nødvendig i behandlingen av pasientene. Å trekke på hverandres styrker der de ulike profesjonsutøverne er faglige sterke er et viktig bidrag for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid.

Det er viktig for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid at profesjonsutøverne utviser en ydmykhet og forståelse for at andre deltakere sin forståelse, tolkning og kunnskap i samarbeidet er nødvendig for å gi pasientene en god behandling. I tilknytning til dette er gjensidig respekt og anerkjennelse mellom profesjonsutøverne og deres kunnskap også en viktig faktor for å kunne trekke på hverandres styrker og bidrag.

Sett i et litt større perspektiv er det å skape en felles praksis og profesjonsutøvelse som har integrert de ulike deltakerne sine bidrag en viktig strategi for å skape et godt tverrprofesjonelt samarbeid.

Ovenfor har strategier som støtter opp under tverrprofesjonelt samarbeid som fremkommer i lys av det teoretiske perspektivet til Carlile (2004) og Edwards (2010) blitt presentert. Utover dette har også datamaterialet vist at organisering og fysisk struktur er en annen viktig strategi å inkludere for å støtte opp under kunnskapsdeling og samarbeid. Det vil si kontorløsninger som oppfordrer til kunnskapsdeling, en bevisst rekruttering av profesjonsutøvere som ønsker å jobbe tverrfaglig og sammensetning av medarbeidere som skaper et fagmiljø rundt de enkelte profesjonsutøverne som dermed gjør det trygt for de enkelte å fremme sin kunnskap. Dette funnet går utover det Edwards (2010) og Carlile (2004) inkluderer i sine teoretiske perspektiver, men viser seg likevel å være viktig for å støtte opp under tverrprofesjonelt samarbeid.

## 7.2 Avsluttende refleksjoner og videre forskning

Denne oppgaven har forsøkt å belyse hvilke strategier som er med på å bygge opp under et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Ved å analysere det innhentede datamaterialet i lys av de to teoretiske perspektivene har dette bidratt til en forståelse for tverrprofesjonelt samarbeid sett i lys av et sosiokulturelt perspektiv. Edwards og Carlile sine perspektiver har bidratt til å gi en innsikt i hvilke strategier som fungerer for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid.

Informantene som er intervjuet tilhører et psykiatrisk senter som tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor psykiske lidelser. Enheten har som hovedoppgave å vurdere henvisninger til den tilhørende poliklinikken, noe som vil si at store deler av deres arbeidshverdag består av å vurdere disse henvisningene. Selv om enheten til tider kan ha mange henvendelser er det likevel en relativt rolig måte å utføre arbeidsoppgaver på. Arbeidsoppgavene og profesjonsutøverne bærer derfor ikke preg av å være under hardt press eller at de står i akutte prosesser som fordrer raske beslutninger. Enheten fremstår på en måte som viser at de har tid til å trene, være bevisst på og over tid kjøre gode samarbeidsprosesser. For videre forskning kunne det derfor være interessant og nyttig å se på hva som skal til for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid på steder der mer akutte arbeidsoppgaver er en del av arbeidshverdagen, og hvor de derfor ikke har tid til å trene på slike samarbeidsprosesser. Dette kan for eksempel være på sykehus der de får inn akutte henvendelser hvor raske beslutninger må tas på tvers av profesjongrensene. Det kunne videre vært interessant å studere samarbeidsrelasjoner i miljøer som fra tid til annen gjennomgår organisasjonsendringer. Dette er prosesser som utfordrer maktstrukturer i en organisasjon og dermed også klimaet for tverrprofesjonelt samarbeid.

## Litteraturliste

Adler, Paul S., Seok-Woo Kwon og Charles Heckscher (2007): "Professional Work: The emergence of collaborative community." I: *Organization science*. 19/2. "359."

Bechky Beth A. (2003): "Object Lesson: Workplace Artifacts as Representations of Occupational Jurisdiction." I: *The American Journal of Sociology*. 109/3/2003. "720-52."

Billett, Stephen (2001): "Learning through work: workplace affordances and individual engagement." I: *Journal of Workplace Learning*. 13/5. "209-214."

Boreham, Nick (2004): "A Theory of Collective Competence: challenging the neo-liberal individualisation of performance at work." I: *British Journal of Educational Studies*. 52/1/2004. "5-17."

Carlile, Paul R. (2004): "Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries." I: *Organization Science*. 15/5/2004. "555-568."

Collin, Kaija Marjukka, Ulla Maija Valleala, Sanna Herranen and Susanna Paloniemi (2011): "Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work." I: *Studies in Continuing Education*. 2011. "1-20."

DeCuir-Gunby, Jessica T., Patricia L. Marshall og Allison W. McCulloch (2011): "Developing and Using a Codebook for the Analysis of Interview Data: An Example from a Professional Development Research Project." 23/2/2011. "136-155."

Edwards, Ann (2010): *Being an Expert Professional: The Relational Turn in Expertise*. Dordrecht: Springer

Edwards, Ann (2005): "Relational agency: Learning to be a resourceful practioner." I: *International Journal of Educational Research*. 43/2005. "168-182."

Edwards, Ann (2011): "Building common knowledge at the boundaries between professional practices: Relational agency and relational expertise in systems of distributed expertise." I: *International Journal of Educational Research*. 50/2011. "33-39."

Edwards, Ann, Ingrid Lunt og Eleni Stamou (2010): "Inter-professional work and expertise: new roles at the boundaries of schools." I: *British Educational Research Journal*. 36/1/2010. "27-45."

Engeström, Yrjö (2001): "Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization." I: *Journal of Education and Work*. 14/1/2001. "133-155."

Engeström; Yrjö (2004): "New forms of learning in co-configuration work." I: *Journal of Education and Work*. 16/1-2/2004. "11-21."

Fenwick Tara (2007): "Organisational learning in the "knots": Discursive capacities emerging in a school-university collaboration." I: *Journal of Educational Administration*. 45/2/2007. "138-153."

Fuller, Alison, Heather Hodgkinson, Phil Hodgkinson og Lorna Unwin (2005): "Learning as peripheral participation in communities of practice: a reassessment of key concepts in workplace learning." I: *British Educational Research Journal*. 31/1/2005. "49-68."

Guile David (2011): "Interprofessional Learning: Reasons, Judgement, and Action." I: *Mind, Culture, and Activity*. 18/4/2011. "342-364."

Gum, Lyn Frances, David Prideaux, Linda Sweet og Jennene Greenhill (2012): "From the nurses' station to the health team hub: How can design promote interprofessional collaboration?" I: *Journal of Interprofessional Care*. 26/2012. "21-27."

Hakkarainen, Kai, Tuire Palonen, Sami Paavola og Erno Lehtinen (2004): *Communities of Networked Expertise. Professional and Educational Perspectives*. Amsterdam: Elsevier

Hall, Pippa (2005): "Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers." I: *Journal of Interprofessional Care*. 1/2005. "188-196."

Holst, Harald og Elisabeth Severinsson (2003): "A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway." I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10/2003. "650-658."

Jacobs, Ronald L. & Yoonhee Park (2009): "A proposed conceptual framework of workplace learning". I: *Human Resource Development Review*. 8/2009. "133-150."

Jensen, Karen (2007): "The desire to learn: an analysis of knowledge-seeking practices among professionals." I: *Oxford Review of Education*. 33/4/2007. "489-502."

Kennedy, Sarah og Hugh Stewart (2011): "Collaboration between occupational therapists and teachers: Definitions, implementation and efficacy." I: *Australian Occupational Therapy Journal*. 58/2011. "209-214."

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009): *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. London: SAGE

Lauvås, Kirsti og Per Lauvås (2004): *Tverrfaglig samarbeid –perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget

Lave Jean og Etienne Wenger (1991): *Situated Learning: Legitimate peripheral participation*. New York: Cambridge University Press

Lewin og Reeves (2011): "Enacting 'team' and 'teamwork': Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards." I: *Social Science and Medicine*. 72/2011. "1595-1602."

Lincoln Yvonna S. og Egon G. Guba (1985): *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE

Lingard, Lorelei, Sherry Espin, Cathy Evans og Laura Hawryluck (2004): "The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team." I: *Critical Care*. 8/6/2004. "403-408."

Molander, Anders og Lars Inge Terum (2010): "Profesjonsstudier-en introduksjon." I: Molander, Anders og Lars Inge Terum (Red.): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

Newell, Sue, Maxine Robertson, Harry Scarbrough and Jacky Swan. (2009): *Managing Knowledge Work and Innovation*. New York: Palgrave Macmillan

Nes, Sturle og Anne Moen (2010): "Constructing standards: a study of nurses negotiating with multiple modes of knowledge." I: *Journal of Workplace Learning*. 22/6/2010. "376-393."

Nilsen Lundvoll Line (2011): "Collaboration and learning in medical teams by using video conference." I: *Behaviour & Information Technology*. 30/4/2011. "507-515."

NRK Dagsrevyen (2012) "Fødselsskader", 21.05.2012 fra <http://www.nrk.no/nett-tv/indeks/305752>

Ranmuthugala, Geetha, Jennifer J. Plumb, Frances C. Cunningham, Andrew Georgiou, Johanna I. Westbrook og Jeffrey Braithwaite (2011): "How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature." I: *BMC Health Services Research*. 11/2011. "273-289."

Robinson, Mark og David Cottrell (2005): "Health professionals in multi-disciplinary and multi-agency teams: Changing professional practice." I: *Journal of Interprofessional Care*. 19/6/2005. "547-560."

Schwartz, Lindsay, David Wright og Mélanie Lavoie-Tremblay (2011): "New Nurses' Experience of Their Role Within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health." I: *Archives of Psychiatric Nursing*. 25/3/2011. "153-163."

Silverman, David (2009): *Doing Qualitative Research*. London: SAGE

Sun, Peter Yih-Tong og John L. Scott (2005): "An investigation of barriers of knowledge transfer." I: *Journal of knowledge management*. 9/2/2005. "75-90."

Suter, Esther, Julia Arndt, Nancy Arthur, John Parboosingh, Elizabeth Taylor og Siegrid Deutschlander (2009): "Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice." I: *Journal of Interprofessional Care*. 23/2009. "41-51."

Thagaard, Tove (2002): *Systematikk og innlevelse*. 2utg. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Qvale, Thoralf Ulrik (1995): "Ledelse – fra administrasjon til omstilling." Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Østerlund, Carsten (2008): "The Materiality of Communicative Practices." I: *Scandinavian Journal of Information Systems*. 20/2008. "7-40."

Østerlund, Carsten og Paul R. Carlile (2003): "How Practice Matters: A Relational View of Knowledge Sharing." International conference on communities and technologies; C&T 2003, Amsterdam, 1-2

Østerlund, Carsten og Paul R. Carlile (2005): "Relations in practice: Sorting Through Practice Theories on Knowledge Sharing in Complex Organizations." I: *The Information Society: An International Journal*. 21/2/2005. "91-107."

Warmington, Paul, Harry Daniels, Ann Edwards, Steve Brown, Jane Leadbetter, Deirdre Martin og David Middleton (2004): *Interagency Collaboration: a review of the literature*. Bath: The Learning in and for Interagency Working Project 2004

Weller Jennifer M, Mark Barrow og Sue Gasquoine (2011): "Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting." I: *Medical Education*. 45/2011. "478-487."

Woolfolk, Anita (2004): *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.



## **Vedlegg**

### **Vedlegg 1:**

#### **Invitasjon til deltakelse på intervju til masteroppgave**

Som en del av min masteroppgave innenfor retningen arbeidslivspedagogikk ønsker jeg å gjøre intervjuer med personer i helsevesenet. Masteroppgaven skrives ved Pedagogisk forskningsinstitutt på Universitetet i Oslo.

Tema i min masteroppgave er tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren. Oppgaven vil forsøke å belyse hvilke strategier som skal til for å overkomme kunnskapsbarrierer i tverrprofesjonelt samarbeid.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og gjennomføres etter bestemmelsene i Personopplysningsloven. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og derfor også lagres på et passordbeskyttet dataområde. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og vil derfor ikke være mulig å spores tilbake til de personene det gjelder. Kun anonymiserte opplysninger vil bli gitt ut i oppgaven. Når oppgaven publiseres i Juni 2012 vil alle lydopptak og eventuelle notater bli slettet.

Det er frivillig å delta og informantene kan til enhver tid velge å trekke seg fra prosjektet.

Med vennlig hilsen

Vibeke Nyhus  
Mastergradsstudent  
Pedagogisk forskningsinstitutt  
Universitetet i Oslo  
Tel: 93451365  
vibekeny@student.uv.uio.no

---

Jeg har lest informasjonen ovenfor og samtykker til å delta i intervju:

-----  
Sted

-----  
Dato

-----  
Navn (med blokkbokstaver)

-----  
Underskrift

## Vedlegg 2:

### Intervjuguide

#### Introduksjon

Introdusere meg selv

- Kommer fra Pedagogisk Institutt ved Universitetet i Oslo
- Master i arbeidslivspedagogikk – fortell kort

Prosjektets mål og betydning:

- Masteroppgave om tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjoner i helsesektoren.
- Med spesielt fokus på samhandling og hvordan man på best mulig måte kan dra nytte av hverandres kunnskap
- Informasjonen fra dette intervjuet og to til skal brukes som empiri i oppgaven sett opp imot tidligere forskning og teori på området

Anonymisering av data:

- Som informant er du anonym
- Informasjon vil bli slettet etter oppgaven er levert

Båndopptaker:

- Er det ok at jeg bruker båndopptaker?
- Dette gjør jeg for å få mest mulig korrekt dokumentasjon av intervjuet

Frivillighet:

- Du kan trekke deg når som helst helt til oppgaven skal leveres inn, 1 juni.
- Du kan også trekke deg underveis i intervjuet

## **Spørsmål om de spesifikke profesjonenes rolle i kunnskapssamarbeidet**

1. Som lege/sykepleier/sosionom på hvilken måte er du forventet å bidra med kunnskap som er spesifikk til din profesjon?
  - a. Avklarer dere på forhånd hvilken kunnskap som er forventet av de ulike medlemmene i et samarbeid?
  - b. I så fall hvordan gjøres dette?
  - c. Når dere er i oppstarten av å behandle en pasient, på hvilken måte tilnærmer du deg oppgaven? Hva slags vurderinger gjør du?
2. Kan du gi noen konkrete eksempler på hvordan din fagkunnskap som lege/sykepleier/sosionom er viktig i det samarbeidet du er en del av?
3. Som lege/sykepleier/sosionom jobber du sammen med lege/sykepleier/sosionom, på hvilken måte utfyller dere hverandre i forhold til hva slags kunnskap dere bidrar med i samarbeidet?

## **Hva er det som hindrer effektiv deling av kunnskap i et tverrfaglig samarbeid?**

4. Hvordan deler dere kunnskap i det tverrfaglige samarbeidet?
  - a. Møter, teknologiske verktøy, journaler?
5. Hvilken betydning mener du deling av kunnskap på tvers av profesjoner har for kvaliteten/løsningen av oppgaven i det tverrfaglige samarbeidet du er en del av?
  - a. Hvilke hindringer mener du er tilstede for å dele kunnskap?
  - b. Kan du nevne noen eksempler?
6. Som medlemmer av ulike profesjoner har dere forskjellig utgangspunkt i forhold til pasienten dere skal jobbe med. Kan du fortelle om noen hendelser hvor dere har vært uenige?
  - a. Om formålet med behandlingen/samarbeidet/pasienten?

- b. Ulik oppfattelse av pasienten?
  - c. Eller hvordan dere ønsket å løse samarbeidet?
7. Hender det at det er vanskelig for deg å forstå hva sykepleieren/legen/sosionomen snakker om?
- a. Har de andre perspektiver på arbeidsoppgaven enn det du har?
8. I hvilken grad er ulikt språk i form av ord, verktøy, formuleringer eller rett og slett bare ulikt hverdagsspråk (som et resultat av å tilhøre ulike profesjoner) med på å påvirke deling kunnskap?
- a. I så fall hvordan?
9. Med tanke på at dere er eksperter på ulike fagfelt, hender det at du har problemer med å forstå og oppfatte kunnskapen, argumentene eller synspunktene som de andre profesjonene bringer inn i oppgaven?
- a. Hva tror du dette skyldes?
  - b. Hender det at kunnskapen må "oversettes" slik at de andre i samarbeidet forstår?
10. I forskningslitteraturen snakker de om at profesjonsutøverne kan drukne og fordype seg i egen profesjon, og at det derfor kan være vanskelig å forstå og oppfatte problemstillingen fra de andre profesjonene sitt ståsted.
- a. Kan du kjenne deg igjen i dette? Er det noe som skjer ofte?
  - b. Hvis ja et eksempel?
  - c. Hvordan løste dere evt dette?
  - d. Kan du fortelle om en situasjon der dere i et samarbeid har mislyktes i å på en god måte dele kunnskap eller løse oppgaven fordi dette har skjedd?

**Hvordan dra nytte av hverandres kunnskap (forhandling/strategier):**

11. På hvilken måte presenterer og argumenterer du for din kunnskap i samarbeid med andre profesjoner?

- a. Kan du huske tilfeller der spesielle/konkrete metoder har fungert bra/dårlig for å få gjennomslag for din kunnskap i en faglig diskusjon?
- b. På hvilken måte tror du din posisjon (som overlege/sykepleier/sosionom) påvirker hvilken effekt din kunnskap har i en beslutningsprosess?

12. I forskningslitteraturen snakker de om forhandling av kunnskap. Hvordan forholder du deg til ekspertkunnskap eller ekspertisen til de andre profesjonsdelakerne i diskusjon?

13. Kan du fortelle om et eksempel der du har få et nytt syn eller perspektiv på en oppgave etter å ha inkludert kunnskap eller faglige argumenter fra en annen profesjonsdeltaker?

Til slutt:

Nå har jo jeg stilt en del konkrete spørsmål om dette temaet, men er det noen spesielle tanker eller synspunkter rundt tverrfaglig samarbeid i din jobb som du mener vi ikke har pratet om og som du mener er viktig?

## Vedlegg 3:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Hege Yvonne Hermansen  
Pedagogisk forskningsinstitutt  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1092 Blindern  
0317 OSLO

Vår dato: 02.02.2012

Vår ref: 29166 / 3 / PB

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29166  
Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

Kunnskapsdeling på tvers av ulike profesjoner  
Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder  
Hege Yvonne Hermansen  
Vibeke Nyhus

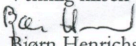
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henrichsen

  
Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Vibeke Nyhus, Gunnar Schjelderups vei 11 S, 0485 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [martin-arne.andersen@uit.no](mailto:martin-arne.andersen@uit.no)